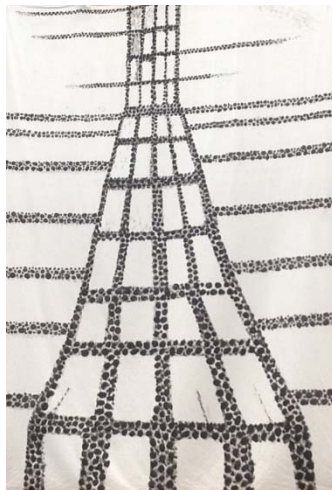




Arbeitsmarktservice
Tirol

Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol

Endbericht



Felipe Ferrer

Migracion „Serie Homigueros“

Projektteam:

Angelika Alp-Hoskowitz (AMS), Johannes Schranz (AMS), Christof Gstrein
(Amt der Tiroler Landesregierung)

Autor: Gerhard Wagner



Innsbruck, Oktober 2015

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Arbeitsmarktservice Tirol

Landesgeschäftsstelle

Abteilung Grundlagen

Johannes Schranz

A-6020 Innsbruck, Amraser Straße 8

Tel: +43 (0) 512 584664 905

INHALTSVERZEICHNIS

0.	INHALTSVERZEICHNIS	0
1.	Abstract.....	4
2.	Hintergrund.....	6
2.1.	Zielsetzung und Erkenntnisinteresse.....	6
2.2.	Qualitative Methodik.....	8
2.3.	Erfahrungsverdichtung durch langjährige Professionshintergründe der Akteure....	12
3.	Gewachsene Behandlungsansätze und deren Entwicklung	16
3.1.	Beginn der Niederschwelligkeit und Substitutionsbehandlung (ab Mitte der 80'er Jahre).....	16
3.2.	Casemanagement oder die Vision Institutionenübergreifender Reha-Kontinuität – Verstärkung der extramuralen Versorgung (ab Mitte der 90'er Jahre)	21
3.3.	Tiroler Suchtkonzept (ab 2012)	25
3.4.	Angehörigenarbeit als Herausforderung.....	27
3.5.	Arbeit und Beschäftigung als Ziel oder als Reha-Mittel?	30
3.6.	Komorbidität – Komplexitätssteigerung, Aufweichung der „Leitsubstanz“	34
4.	Begriffsdimensionierungen.....	39
4.1.	Arbeitsfähigkeit – attestiert aber nicht realisierbar	40
4.2.	Sucht als chronische Erkrankung – Langzeiterfordernis für Begleitung.....	42
4.3.	Prävalenz – Problematisierung von Missbrauch vs. Abhängigkeit.....	45
4.4.	Kostenfaktoren – Kostenverteilung und der fehlende Teilkrankenstand	48
4.5.	Berufsbezogene psychosoziale Folgen – Ansatz für Früherkennung des latenten Interventionsbedarfs in Betrieben.....	52
5.	Zuständigkeitsdilemma der Leistungsträger – ‚Ausrede‘ für fehlende multidimensionale Diagnostik und fehlende Behandlungspfade?	54
6.	Kooperationsklima/Vernetzung.....	61
6.1.	Wahrnehmung des AMS aus der Perspektive des Suchthilfesystems	64
6.2.	Wahrnehmung des Suchthilfesystems aus der Perspektive des AMS	73

7.	Wahrnehmung des Klientels seitens AMS und Suchthilfe.....	79
7.1.	KlientInnen mit Alkoholgebrauchsstörung.....	79
7.2.	Ansprechprobleme bei KlientInnen mit Alkoholgebrauchsstörung.....	88
7.3.	KlientInnen mit Opiatabhängigkeit/SubstitutionsklientInnen	93
8.	Zugänge ins Suchthilfesystem für KlientInnen.....	105
8.1.	Regionalitäten – Flächendeckung?.....	118
8.2.	Spezifische Zielgruppe im Fokus: Jugendliche.....	121
9.	Arbeitsmarkt und Beschäftigung	127
9.1.	Erster Arbeitsmarkt	127
9.2.	Schnittstelle Zweiter Arbeitsmarkt.....	130
9.3.	Fehlende Angebote bzw. Defizite bei Beschäftigung, Wohnen, Nachbetreuung...	134
9.4.	Flexibilitätsprobleme	141
10.	Zusammenfassung	146
11.	Anhang	156
11.1.	Einrichtungen der Tiroler Suchtarbeit	156
11.2.	Sucht und Arbeit – Zahlen aus Deutschland von der 53. DHS Fachkonferenz „Sucht und Arbeit“, Düsseldorf/Essen/Hamm, 4. November 2013	175
11.3.	Abkürzungsverzeichnis	177
12.	Literaturhinweise	178

1. Abstract

Die – in sich inhomogene – Personengruppe Substanzabhängiger, die aufgrund einer Suchterkrankung aus einem kontinuierlichen Erwerbsprozess heraus gefallen ist, heraus zu fallen droht bzw. sich erst gar nicht in einen solchen integrieren konnte, steht im Mittelpunkt der vorliegenden vom AMS Tirol und Land Tirol beauftragten Studie.

Ausgehend von der Feststellung, dass die nahtlose Berufsintegration im Anschluss an eine medizinische Suchtrehabilitationsbehandlung oft nicht gelingt, werden in einem intensiven qualitativen, multiperspektivischen Forschungsansatz die Wahrnehmungen und Erkenntnisse von Arbeitsmarkt- und SuchtexpertInnen in Tirol zusammengefasst.

Beschäftigungs- und Arbeitslosigkeit gefährden die Nachhaltigkeit einer suchtspezifischen Behandlung substanziell. Auf dem angespannten Tiroler Arbeitsmarkt mit sich entwickelnder Sockelarbeitslosigkeit entstehen dabei besondere Herausforderungen. Die Verschränkung von Therapie, medizinischer Rehabilitation und Arbeit – im Sinne einer umfassenden beruflichen Rehabilitation – bleibt eine zu lösende zentrale Zukunftsaufgabe. Dabei sind – einer stärkeren Vernetzung der Einrichtungen im Suchthilfe- und Beschäftigungsbereich zu einem hoch-integrativen Angebotsverbund folgend — erhebliche normative, administrative, methodologische und auch institutionslogische bzw. ideologische Klippen zu überwinden.

Das Fehlen einer übergeordneten, Institutionenübergreifenden Fallführung und Steuerung erscheint als besonderes Handicap auf dem Weg zu einem integrierten Behandlungs- bzw. Rehabilitationspfad Suchtkranker in Tirol. Wesentliches Ziel hinter einem konsequent zu realisierenden Casemanagementansatz bleibt dabei die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kontinuität – zentrale Variable in vielfach von Beziehungsbrüchen gezeichneten Suchtchronologien.

Die Vielgestaltigkeit der Einrichtungslandschaft für Suchtkranke in Tirol – sowohl auf Ebene der Träger wie deren Angebote – kann nicht darüber hinweg täuschen, dass die Nutzbarkeit in Form einer Gesamtsystematik oft komplizierte Überwindung beziehungsweise Verbindung von Stückwerk bleibt. Auf der anderen Seite bieten die gewachsenen Unterschiedlichkeiten und Mikrokulturen eine im Feld der Suchthilfe geschätzte Breite, was von den AkteurInnen der Suchthilfe mit Bezug auf die Heterogenität der betreuten Zielgruppe positiv hervorgehoben wird. Aus einem tendenziellen Hybridverbund sollten dennoch Behandlungspfade entwickelt werden, die mehr Robustheit für den Verlauf von Suchterkrankungen bieten. Motto: Mehr Konstanz in der Betreuung, weniger Drehtüreffekte.

Ein besonders kritischer Bereich bleibt aus Sicht der Suchthilfe die Nachbetreuung im Anschluss an Maßnahmen. Diese ist vielfach nicht ausreichend – da nicht ausreichend finanziert – gegeben. Gleichzeitig gibt es einen regional herausfordernden Versorgungsanspruch.

1 ABSTRACT

Die Schnittstelle zwischen zweitem und erstem Arbeitsmarkt weist oft zu wenig Flexibilität auf. Ebenso wie überhaupt die Übergänge, je nach Strukturniveau der RehabilitandInnen – auch aus Richtung der dritten, vierten Beschäftigungsebene – als sehr starr wahrgenommen werden.

Gleichzeitig ist die horizontale Verschränkbarkeit von Beschäftigungsmaßnahmen nicht im gewünschten Ausmaß gegeben. Bestimmend bleibt der zeitlich eng befristete Einschluss in einer Einzelmaßnahme bei einem Projektträger, womit zu wenig Flexibilität für die Nutzung der Projektlandschaft als Gesamtbehandlungs- und Betreuungsangebot gegeben ist. Bei Zeitablauf von Maßnahmen entsteht eine intensive Übergangsproblematik.

Aus der Erfahrung der Suchthilfe- und ArbeitsmarktexpertInnen heraus bleibt die Erkenntnis, dass für hunderte bzw. tausende suchtkranke Personen im erwerbsfähigen Alter der erste Arbeitsmarkt in Tirol als Zielperspektive ungeeignet bleibt bzw. sich verschließt. Von daher werden der Wunsch und die Forderung nach Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten in einem zweiten Arbeitsmarkt nachvollziehbar. Nach dem Motto: mehr, schneller, regional verteilter, formuliert sich dabei der Anspruch der Suchthilfe.

Grundsätzlich ist das basalste Segment der Beschäftigungsintegration auf einer dritten oder vierten Ebene – dort, wo es zunächst gar nicht mehr um eine berufliche Rehabilitation mit Ziel einer Platzierung im ersten Arbeitsmarkt geht – in der Gesamtarchitektur der Massnahmelandschaft von großer Bedeutung.

Bei allen Angeboten, die es auf den unterschiedlichen Ebenen zwischen Abstinenz- und Akzeptanzorientierung gibt, bleibt eine große Lücke, die sich bislang nicht schließen ließ, nämlich jene Personen, die keine entsprechende Problemwahrnehmung bzw. -einsicht entwickelt haben, im fortgeschrittenen Erwerbsleben stehen und chronisch Suchtmittel – insbesondere Alkohol – konsumieren. Hier zeichnet sich ein bedeutendes, bislang unerreichtes Potenzial ab, mit dem konsequenterweise über aufsuchende betriebliche Präventionsarbeit in Kontakt zu kommen wäre.

In der Betrachtung der Ansprechproblematik am AMS wird klar, dass die Entwicklung intrinsisch wirkender Motivation zur Veränderung bei KundInnen mit einer Suchtproblematik vielfach einen komplexeren Aufbau benötigt. Dieser könnte im stärkeren Zusammenspiel mit Sucht-Fachstellen realisiert werden.

Wirklich erfreulich gelungen erscheint in Tirol der Kulturwandel im Umgang und Austausch zwischen Suchthilfeeinrichtungen und AMS, der sich in den letzten Jahren vollzogen hat. Dieser ist wesentlich geprägt von gegenseitigem Interesse, Wertschätzung und ist Basis für die Intensivierung des Wissens- und Kompetenztransfers.

2. Hintergrund

Substanzbezogene Abhängigkeitserkrankungen – verursacht durch Alkohol, illegale Drogen oder Medikamente – und die damit verbundenen Störungen ziehen grundsätzlich auch öffentliches Interesse auf sich. Gleichzeitig, und das scheint auf den ersten Blick paradox, werden sie gerne ausgeblendet, verleugnet und aus dem Bewusstsein und der Wahrnehmung verdrängt. Substanzabhängige Menschen erleiden so im Fortgang eines chronischen, meist multiplen Krankheitsgeschehens ebenfalls gerne dieses Schicksal, in Form (zu) später Interventionen und im Weiteren über mangelnde Teilhabemöglichkeiten.

Der Fokus dieser Studie auf die „Förderung der Berufsintegration substanzabhängiger Menschen“ bringt so zwei – zunächst gar nicht so gut verträgliche – Themen zusammen: Substanzabhängigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben in einer forcierten Leistungsgesellschaft. Das Element „Beschäftigung“ spielt dabei in dreifacher Hinsicht eine besondere Rolle – nämlich nicht nur als möglicher gelungener Endpunkt einer Rehabilitationsanstrengung in Form einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Zahlenmäßig wesentlich bleibt zunächst der Aspekt der Sekundärprävention, das Abwenden eines Herausfallens aus Beschäftigung; dort lässt sich der erhebliche *latente* Anteil an Personen aufgreifen, die von einer Substanzgebrauchsstörung betroffen sind und sich sozusagen im Zulauf befinden.

Zweitens hat „Beschäftigung“ als wesentliches Element in der Rehabilitationsbewegung an sich eine besondere – in der Angebotslandschaft Tirol aber auch noch stark zu entwickelnde – Bedeutung. Wo sich also Arbeit/Beschäftigung als rehabilitative Strukturvoraussetzung versteht, um den Weg aus der Suchterkrankung heraus – oder auf ein stabileres Niveau innerhalb einer chronischen Suchterkrankung – überhaupt erst nachhaltiger gangbar zu machen.

Und drittens fördern bzw. verstärken bestimmte Bedingungen der Arbeitswelt das Suchtverhalten von Beschäftigten und akzentuieren die gewünschte Teilhabe am Arbeitsleben damit in problematischer Weise.

2.1. Zielsetzung und Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse zur Förderung beruflicher Integration substanzabhängiger Personen in Tirol richtet im Rahmen dieses Forschungsprojekts heikle Fragen an die Beratungs-, Rehabilitations- und Fördereinrichtungen bzw. -instrumente in Tirol.

Flexibilität, Individualität und ein vielschichtig differenzierendes Beziehungsangebot im Behandlungsansatz sind ebenso wie das Nebeneinander von Abstinenzorientierung und Akzeptanzbasierung seit den 90er Jahren Standard im Versorgungsangebot. Das gut abgestimmte Ineinandergreifen und die Entwicklung von robusteren Integrationspfaden bleibt hingegen

2 HINTERGRUND

spannende Entwicklungsaufgabe. Die Forderung an den Arbeitsmarkt beziehungsweise die Arbeitsbedingungen sind dabei von besonderer Brisanz: Gelingende Rehabilitation bei Suchterkrankten erfordert ein präsentenes berufliches Handlungsfeld und bleibt damit zentraler Bestandteil von langfristiger Wiedereingliederung bzw. der Vermeidung von Dequalifizierung und Exklusion. Auf einem angespannten Tiroler Arbeitsmarkt mit sich entwickelnder Sockelarbeitslosigkeit entstehen hier besondere Herausforderungen.

Folgende Wahrnehmungen motivierten das Erkenntnisinteresse der Auftraggeber – AMS Tirol und Land Tirol - besonders:

- die – in sich inhomogene – Personengruppe Substanzabhängiger, die aufgrund der Suchterkrankung aus einem kontinuierlichen Erwerbsprozess heraus gefallen ist, heraus zu fallen droht bzw. sich erst gar nicht in einen solchen integrieren konnte, wird in der bestehenden Maßnahmenlandschaft in Tirol nur suboptimal betreut.
- die aktuelle Politikveränderung einer verstärkten REHA-Anstrengung vor Gewährung einer I-Pension führt zum Anstieg des damit auch evidenter werdenden Potenzials dieser Personengruppe im Hilfe-, Vermittlungs- und Beschäftigungssystem.
- die nahtlose Berufsintegration im Anschluss an eine medizinische Suchtrehabilitationsbehandlung gelingt oft nicht. Beschäftigungs- und Arbeitslosigkeit gefährden jedoch die Nachhaltigkeit der suchtspezifischen Behandlung substantiell. Daher entsteht hier ein Handlungsbedarf in der beruflichen Reintegration suchtkranker Menschen.
- Beschäftigungslosigkeit und Suchtstörungen treten als psychosoziale Probleme häufig gemeinsam auf und verstärken sich gegenseitig. Dies bedingt eine enge regionale Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen/Instanzen der Beschäftigungsförderung und der Suchthilfe. Insbesondere ist eine verbindliche und damit auch verbindende Verständigung im oft langjährigen Rehabilitationsprozess gefordert.

Die Zielsetzung der Auftraggeber der Studie mündet demnach in:

- die Schaffung eines verbesserten Überblicks über die bestehende Angebotsstruktur als Basis für eine stärkere und koordinierte Vernetzung.
- das Sichtbarmachen von Verbesserungspotenzialen im Gesamtsystem.
- das Aufzeigen möglicher Umsetzungsperspektiven für derzeit noch fehlende institutionenübergreifende Übergangsmaßnahmen bzw. spezielle Maßnahmenangebote für den Personenkreis.
- die Präzisierung von Grundlagen für die thematische und bewusstseinsbildende Weiterentwicklung im AMS Österreich und seinen Partnern.

2.2. Qualitative Methodik

Zur Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein intensiver qualitativer Zugang gewählt. In der eingerichteten Steuerungsgruppe für dieses Forschungsprojekt – mit VertreterInnen der Auftraggeber, dem AMS Tirol, dem Land Tirol sowie der Suchtpräventionsstelle des Landes Tirol – wurde eine das Forschungsfeld möglichst repräsentativ abdeckende Auswahl von 25 PartnerInnen für ExpertInneninterviews bzw. für 3 einzurichtende Fokusgruppen vorgenommen. Die 18 TeilnehmerInnen der Fokusgruppen rekrutierten sich aus den Bereichen „Verwaltung/Gebietskörperschaften“, „Suchthilfe/Beschäftigungsprojekte“ und „Arbeitgebervertreter/Prävention“.

Zusätzlich wurde noch eine Fokusrunde mit ExpertInnen des Tiroler Suchtbeirates in diese Studie einbezogen.

In 25 face-to-face Einzelinterviews und den Fokusgruppen waren damit VertreterInnen der Suchthilfeeinrichtungen, der regionalen Geschäftsstellen des AMS, der Rehabilitationsträger sowie der politischen Interessenvertretungen eingeladen, den eigenen professionellen – meist langjährigen – Auseinandersetzungen mit dem Thema suchtspezifischer Rehabilitation nachzugehen. Dieses Erfahrungswissen wurde in Bezug zu den aktuellen Entwicklungen gesetzt und damit versucht, den Blick auf die künftigen Anforderungen zu schärfen.

Methodisch gesehen richtet sich das Erkenntnisinteresse im Experteninterview auf einen klar definierten Wirklichkeitsausschnitt des Expertentums, in dem also nicht die Gesamtperson mit ihren Orientierungen und Werten im Vordergrund steht, sondern diese als wichtiges Glied in einem organisatorischen und institutionellen Gesamtzusammenhang von Bedeutung ist. In diesem Sinn geht die Definition des ExpertInneninterviews davon aus, dass die Interviewten *„... ausgehend von spezifischem Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenz- baren Problembereich bezieht –die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren“*.¹

Über die Stützung eines Leitfadens für diese Interviews hinaus erschien es wichtig, erzählge- nerierende Fragen zu stellen und die Schilderungen der Befragten durch immanente narrative Nachfragen zu vertiefen.

Der Interviewleitfaden enthielt zentrale Gesprächsanregungen, wie Fragen zu:

- Konzeptentwicklung und wahrgenommene Entwicklungslinien im Bereich beruflicher Integration Suchtkranker in Tirol
- Individualisierung der Suchttherapie
- Wirkweise der auf Arbeitslosigkeit von Suchtkranken bezogene Maßnahmen
- Stand der Komplementärbehandlung/Kombibehandlung
- Spezialisierungen in Behandlungsgruppen innerhalb der Behandlungskette

¹ vgl.: Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.) (2002). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 45

2 HINTERGRUND

- Vernetzung und Kontaktqualität zwischen AMS und Suchthilfe
- Kooperation zwischen stationären und ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen
- Identifizieren von Kunden mit Suchtproblemen am AMS
- Anschlussbetreuung durch das AMS nach med. Reha
- Nachsorge/Nachbehandlung für arbeitslose Suchtkranke nach med. Reha
- System oder Netz von Arbeits- und Beschäftigungsangeboten (materielle Absicherung und Sinnggebung im Rahmen einer Tagedstrukturierung): Zuverdienstmöglichkeiten, Teilzeitarbeitsplätze, spezielle Werkstätten als Dauerarbeitsbereich, Nischenlösungen für diejenigen die so stark eingeschränkt sind, dass sie ohne Unterstützung und Förderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht bestehen können.
- Wahrnehmung der Brüche in den Lebens- und Erwerbsbiografien Suchtkranker mit Kumulation von personen- oder marktbedingten Vermittlungshemmnissen.
- illegale Drogen: Werden Brüche und Defizite im Lebenslauf deutlich massiver und in kürzeren Zeitintervallen als bei Alkoholabhängigen wahrgenommen?
- Wieweit wird die Zielgruppen als zu den stark diskriminierungsgefährdeten Gruppen am Arbeitsmarkt gesehen, der oftmals auch durch die Hilfssysteme geringe Chancen auf eine Verbesserung ihrer Situation eingeräumt wird und die dadurch neuerlich eine wesentliche Einschränkung ihrer Möglichkeiten erfährt?
- Wie wird die Gefahr einer "Überpathologisierung" wahrgenommen? Werden negative Übertragungsgefühle von Personen im Helfersystem zu allgemeinen Mutmaßungen ("Aussichtslosigkeit", "Geringe Krankheitseinsicht", usw.) über die Betroffenengruppe ausgebaut?

Mit diesem narrativen Interviewansatz wurde versucht, ein Stück weit den vitalen Diskussionsprozess bei den AkteurInnen im Feld aufzugreifen und den Anforderungen eines differenzierten Verstehens gerecht zu werden. Dieses wird durch folgende Faktoren wesentlich geformt:

- ein Erfahrungswissen, das bei den meisten Akteuren langjährig gewachsen ist.
- die Komplexität der Zusammenhänge psychosozialer Phänomene bei Suchterkrankungen.
- die Interpretationsbreite von Bedeutungskonstruktionen im Feld.
- die erschwerte Wahrnehmung von Entwicklung (Trends) bei gleichzeitiger Verwicklung in Bedingungsbeziehungen (wie etwa politisch vorgegebene Maßnahmeparameter).
- die Kooperationsqualität im Feld entscheidet wesentlich die Performance in meist vielschichtigen, interinstitutionell organisierten Reha-Verläufen.

2 HINTERGRUND

Sämtliche Interviews und Gruppenmoderationen wurden von der gleichen Person, dem Autor dieser Studie, durchgeführt und damit der Forschungsprozess verdichtet. Die Interviews wurden—mit Einverständnis der InterviewpartnerInnen—digital aufgezeichnet, transkribiert und im weiteren mit IT-Unterstützung zur qualitativen Datenanalyse (MAX-QDA) aufbereitet.

Aus den Interviews und Gruppendiskussionen entstanden etwa 400 Seiten Transkriptionsmaterial. Beim Transkribieren stand der Inhalt des Redebeitrages im Vordergrund.² Es wurde wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte wurden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich war, wurde der Dialekt beibehalten. Wortverschleifungen wurden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Die Satzform wurde beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet.

Dieses Material wurde forschungsmethodisch entlang der Grounded Theory geordnet, indem die Datensammlung sowie das Kodieren und Analysieren der Daten parallel stattfand. So kamen etwa 1.500 codierte Textpassagen in einen Auswertungs- und Analysezusammenhang.

Der methodische Bezug auf die Grounded Theory hebt zunächst deren grundsätzlich abduktive Forschungslogik hervor, d.h. das gleichsam spiralförmige Hin- und Herpendeln zwischen theoretischem Wissen, welches aus einem quasi unvoreingenommenem Beobachten der Praxis gewonnen wurde und dem gezielten Herantragen theoretischen (Vor-) Wissens an den Untersuchungsgegenstand. Diese auf den Handlungskonzepten des Pragmatismus fußende Grundvorstellung eines Forschungsprozesses, in der Erkenntnis nicht als linearer Prozess, sondern als kontinuierlicher Dialog zwischen Forschenden und Untersuchungsgegenstand gedacht und praktiziert wird, findet ihren sichtbaren Ausdruck auch im Theoretical Sampling. Das Prinzip des Theoretical Sampling steuert die Erhebung von neuem Datenmaterial aufgrund der zu einer Zeit verfügbaren Erkenntnisse, Fragen und Konzepte. Wo umgekehrt das bereits vorhandene Material entstehende Fragestellungen und Hypothesen nicht abzudecken vermag, erzwingt das Theoretical Sampling den Einbezug neuen, ggf. erst noch zu erschließenden Materials. Das Theoretical Sampling bestimmt somit keinen genau bestimmbaren Fortschritt der Theoriebildung, sondern kann an jedem Punkt des Forschungsprozesses angewendet werden und ist gleichsam die praktische Umsetzung des dialogischen Grundverständnisses des GTM-Forschungsstils.

Die Felderkundung verläuft dabei sinnvollerweise "von außen nach innen". Forschungsfelder erscheinen dabei wie "Landschaften". Aus einer gewissen Distanz lassen sich die größeren Linien wahrnehmen. Beim "Eintauchen" ins Feld werden allmählich auch andere (gleichsam "intermediäre") Strukturen sichtbar, die im Abstand nicht zu erkennen sind. In der Begegnung

² Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag. S.27f

2 HINTERGRUND

mit individuellen Akteuren schließlich kommt eine weitere Ebene zum Vorschein. So ist es forschungsökonomisch nützlich, immer wieder diese drei Ebenen, die „Makroebene“, die „Mesoebene“ und die „Mikroebene“ des Feldes - wahrzunehmen.

In der Bearbeitung des Textmaterials zum Thema dieser Studie entstanden zentrale Auswertungskategorien:

- a. Qualität des Zusammenspiels der REHA-Träger (Zuständigkeits- bzw. Kooperationsdilemma, gesetzliche Normierungen)
- b. Wahrnehmungen des Klientels bei AMS-MitarbeiterInnen in Vermittlungs- und Beratungszonen (Regionale Differenzierungen – Seitentäler vs. Zentralraum; empfundene Hilflosigkeiten).
- c. Wahrnehmungen des Klientels bei SuchthilfemitarbeiterInnen (Differenzierungen der Patientengruppen nach Alter, Substanzgruppen, Schädigungstiefe, Motivation)
- d. Begriffsunschärfen - wie vieldeutig werden Begriffe verwendet? (Rehabilitation, Arbeitsfähigkeit, Substitution, Mißbrauch-Abhängigkeit im Kontinuum)
- e. Suchthilfeangebote (historische Entwicklungslinien der Behandlungsansätze, Zugänge ins Suchthilfesystem, Flexibilität, Netzwerkverständnis, Perspektiven)
- f. Orientierung in der Behandlungsbreite: von Akzeptanz bis Abstinenz
- g. Zielsetzungen ad personam im dynamischen Lebenszeitkontinuum
- h. Konzepte und Realerfahrung
- i. Organisationsformen und Zutrittsbarrieren der unterschiedlichen Arbeitsmärkte/Beschäftigungsmärkte
- j. Prävention (Bündel der Betriebsnahen Aktivitäten, aufsuchende Suchtarbeit)

Die Berichtlegung erfolgte mit dem Ziel, den Leserinnen und Lesern ein möglichst tiefes Eintauchen in den Forschungsgegenstand entlang des *Originaltons* zu ermöglichen. Daher wurden die Zitate im größeren Zusammenhang des Sprechkontextes wiedergegeben und in der Regel nicht zusammengekürzt. Den Zitaten wird angemessen Raum gegeben um Zusammenhänge nachvollziehbar abzubilden. Wesentliche Basis der Beiträge ist nicht eine allgemeine oder persönliche Meinung, sondern eine professionsbezogen verdichtete Erfahrungsreflexion. Von daher erschließt sich diese vielfach erst in längeren Passagen vollinhaltlich. Eine stärkere Verkürzung erschien in diesem Zusammenhang unangemessen. Dies erfordert die Bereitschaft und Geduld zunächst in die O-Töne einzutauchen und die Lektüre nicht mit einem allzu engen Ergebnisfokus anzulegen.

Die behutsame Form der kommentierenden Zusammenfassung versucht die Kernaussagen zu erfassen, Überinterpretationen vermeiden und den verbindenden roten Faden deutlich zu machen.

In diesem Sinn verdanken sich die zentralen Erkenntnisse dieser Studie den Beiträgen aus Interviews und Gruppendiskussionen. Ganz herzlicher Dank gebührt allen Interviewpartnerinnen und –partnern bzw. Diskutantinnen und Diskutanten für Ihre unkomplizierte Bereitschaft zur Mitwirkung, für ihre Offenheit, das vermittelte Engagement sowie das diesem Forschungsprojekt entgegengebrachte Vertrauen.

2.3. Erfahrungsverdichtung durch langjährige Professionshintergründe der Akteure

Das Forschungsprojekt rückt die Wahrnehmungen und Erfahrungen der professionellen Akteure in den Mittelpunkt. Diese sind zum großen Teil erstaunlich langjährig, oft in unterschiedlichen Funktionen im Feld und verfügen damit über eine hohe Expertise – und u.U. über gleichzeitig „systemisch“ mitgewachsene Bindungen an Diskurspositionen. Letzteres wird besonders deutlich in der Frage von Abstinenz- und Akzeptanzorientierung; zahlreiche erhellende Interviewpassagen in diesem Diskursfeld wurden ans Ende dieses Berichts gestellt.

Folgende Einstiegspassagen in den Experteninterviews verdeutlichen die Zugänge und die Erfahrungsbreite die dem Gesamtmaterial dieser Studie zugrunde liegt. Die zeitlich gesehen erste Drogenkoordinatorin des Landes Tirol wirft auf die Entwicklung der letzten Jahre einen kritischen Blick:

„Ich überblicke diesen Bereich von 1980 bis vor zehn Jahren. [...] Da habe ich angefangen in der landeseigenen Drogen- und Alkoholberatungsstelle und habe da in Imst und Landeck auch die Drogenberatungsstellen aufgebaut. 2002 wie ich ausgestiegen bin, hat mein ehemaliger Kollege aus der Drogenberatung die Funktion des Drogenkoordinators übernommen, und seitdem, das sage ich jetzt mit ganz großem Selbstbewusstsein, ist die große Stagnation eingetreten. Und erst wo der in Pension gegangen ist, und der neue Suchtkoordinator, der Christof Gstrein, auf die Bühne getreten ist, jetzt tut sich wieder etwas.“ (Helga Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

Sichtweisen der Suchthilfe und des AMS werden in dieser Studie öfter gegenübergestellt, wobei sich in den letzten Jahren erfreulicherweise ein vielfach konstatiertes konstruktives Miteinander entwickelt hat. Viele InterviewpartnerInnen des AMS aus dem Reha-Bereich verfügen über langjährige Beratungsexpertise wie auch im folgenden Beispiel:

„Ich bin seit 1990 beim AMS, also schon dreiundzwanzig einhalb Jahre mittlerweile, bin die meiste Zeit über Reha-Beraterin gewesen, gestartet in der Erwachsenenberatung. Wobei das früher anders strukturiert war, da war viel mehr vermischt noch. Heute ist es viel mehr auf Spezialistentum. Und habe aber relativ bald in die Reha-Abteilung gewechselt, weil da ein Platz frei geworden ist [...] und habe ich immer in dem Bereich gearbeitet eigentlich auch.“

2 HINTERGRUND

Vertreten sind hier auch wechsellvollere Berufskarrieren, wie folgende, wo nach dem Wechsel aus langjähriger Tätigkeit in der Privatwirtschaft im weiteren Verlauf die personenzentrierte, individuelle Problemlösung besonders motiviert:

„Ich bin seit 2000 beim AMS, habe angefangen im Vorzimmer also als Sekretärin vom Geschäftsstellenleiter, nach vier Jahren habe ich die Aufschulung gemacht in die Beratungszone, habe dann Erwachsenenberatung ungefähr ein Jahr gemacht. Dann ist die Kollegin von der Reha-Abteilung weggegangen, die hat eine andere Ausbildung gemacht und dann ist das eigentlich zur Frage gestanden, wer meldet sich in die Reha-Abteilung. Ich habe da eigentlich auf meine Vordienstzeiten - also ich habe 20 Jahre in der Privatwirtschaft gearbeitet - habe eigentlich viel mit Leuten immer zu tun gehabt auch, ganz verschiedenen Persönlichkeiten eigentlich auch da. Dann war da eigentlich schon irgendwo der Reiz, habe ich mir gedacht ja, Reha-Abteilung: jede Person ist anders man kann keinen mit dem anderen vergleichen, man kann wirklich mit jeder Person einzeln arbeiten. Das war eigentlich der Reiz dahinter. Und was auch noch dazugekommen ist, die Personen in der Reha-Abteilung, da liegt überall etwas vor: also gesundheitlich, die haben ein Attest, da kann man sagen, ja da ist etwas und da kann man etwas machen.“

Christian Haring, Primar des Psychiatrischen Krankenhauses Hall mit Drogen- und Alkoholstation sowie Obmann des Vereins BIN verkörpert die Langjährigkeit einer engagierten Bemühung im Bereich der Suchthilfeszene:

„In die Psychiatrie bin ich gekommen 84 und in der Abteilung 3 war ich ab 1990, dann kann man sagen jetzt 24 Jahre mit dem Thema Abhängigkeit beschäftigt.“

Ebenso formt Armin Dag, der seit den 90er Jahren wichtiger Bestandteil und heute Leiter des BIN, der tirolweiten Beratungsstruktur für Alkoholgefährdete und -kranke, ist, die Szene mit:

„Ich bin im BIN mehr oder weniger seit es ihn gibt kann man sagen. Damals war ich nur Gruppenleiter, freiberuflicher Mitarbeiter und dann hat mich der BIN sozusagen inhaliert und so wächst man halt hinein. Und jetzt bin ich inhaltlicher Leiter für ganz Tirol, bin aber nach wie vor in der Beratung und Gruppenleitung tätig.“

Osttirol bietet mit seiner geografischen Lage eine besondere Herausforderung im Bereich der psychosozialen Versorgung. So entsteht für den Suchtmediziner Primar Schmidt, der mit seinem Hintergrund als ehemaliger Suchtkoordinator in Bayern in ein kleinräumiges Geschehen eingetreten ist, ein interessantes Feld für Anregungen an die Tiroler Szene:

„In Bayern gibt es Bezirke, da ist jeder Bezirk so groß wie Tirol oder größer, dreimal so groß, je nachdem wo man ist. Und im Bezirk Schwaben war ich

2 HINTERGRUND

der Suchtkoordinator als Bindeglied zwischen der Politik und den Suchthilfesystemen. Ich habe dort 20 Jahre lang verschiedene suchtmmedizinische Einrichtungen aufgebaut, habe auch die Suchtmedizin innerhalb des Krankenhauses aufgebaut und habe mich eben wahnsinnig viel hinein gegraben. Wir hatten Geld und wir konnten viel machen. Dass in Osttirol die Situation eine andere ist, das war mir schon von vornherein klar. Ich bin jetzt fast fünf Jahre hier.“

Aus sozialarbeiterischer Sicht wirkt Christoph Hannemann in der Therapiestation Mutters seit Jahrzehnten als Scharnier zwischen stationärem und ambulantem Kontext in der Versorgung Alkoholkranker in Tirol:

„Ich bin jetzt fast 20 Jahre in Mutters und mache da die Schnittstelle so quasi zwischen Behandlung - acht Wochen Therapie - und Nachsorge.“

Seit nunmehr 11 Jahren hat sich das Projekt Caravan der pro-mente-tirol als wichtiges abstinenzorientiertes Seminarprojekt etabliert, das den Übergang in die Beschäftigung fokussiert. Die Leiterin, Renate Schwarzgruber, leitet das Projekt von Anfang an:

„Das Caravan hatte jetzt das zehnjährige Jubiläum. Letzten Montag hat gerade die 25. Gruppe begonnen. D.h. wir zählen uns einfach durch, weil wir arbeiten blockweise. Es hat sich ein bisschen entwickelt.“

Im Bereich der Suchthilfe bei illegalen Substanzen hat die Caritas Tirol maßgeblich Pionierarbeit geleistet:

„Wolfgang Gratzel, eben verantwortlich für die Caritas-Drogenarbeit, meines Zeichens Gesundheitswissenschaftler und Sozialarbeiter und seit zehn Jahren jetzt in der Caritas-Drogenarbeit in leitender Position. Ich bin für die Koordinierung der Suchthilfebereiche der Caritas verantwortlich. Die Caritas-Drogenarbeit hat eigentlich schon eine lange Geschichte, 2012 haben wir das 20 jährige Bestehen gefeiert. Der Grundpfeiler oder der Eckpfeiler der Geschichte war ja dieses Haus da, die Mentlvilla, ich denke zur damaligen Zeit ein sehr mutiges, innovatives Projekt.“

Das Projekt Lama bewegt sich im niederschweligen, akzeptanzorientierten Bereich. Michael Hennermann bringt wichtige Erfahrungen aus dem Bereich der Randständigkeit ein und wie mit dem bemerkenswerten Projekt Lama existenzielle Verankerung entwickelt werden kann.

„Also ich bin seit 13 Jahren im Verein für Obdachlose, habe dort angefangen bei Streetwork und bin nach sechs Jahren zum Lama gewechselt und habe das sechseinhalb Jahre lang gemacht und bin jetzt seit September in der Geschäftsführung. Das ist ein Blick zurück und natürlich kriege ich aber noch voll den Alltag mit als Geschäftsführer.“

2 HINTERGRUND

In der wechselvollen Geschichte der abstinentenorientierten Therapieeinrichtung Haus am Seespitz am Achensee gibt es seit einigen Jahren einen neuen therapeutischen Leiter, Markus Walpoth, der die Breite von harm-reduction-Orientierung bis zur Abstinenzprogrammatisierung be-
ruflich über Jahrzehnte gelebt hat:

*„Also im Haus am Seespitz bin ich ein bisschen über ein Jahr. Aber ich bin schon recht lange in der Suchtarbeit zuerst in der Niederschwelligkeit. Das ist recht spannend, weil man so ein bisschen einen Überblick hat über den gesamten Bereich. Ich habe vor 20 Jahren in der Mentlvilla angefangen, Not-
schlafstelle, und habe fast zehn Jahre für die Caritas gearbeitet in un-
terschiedlichen Bereichen. Ich habe zuerst als freier Mitarbeiter die Nacht-
dienste gemacht, war dann eine Zeit lang auch im hauptamtlichen Team, am
Schluss habe ich dann Zivildienst dort gemacht. Es ist natürlich einfach ein
starker Perspektivenwechsel: Zuerst geht es sehr darum um die harm-reduc-
tion. Und da hat man es mit Patienten zu tun, wo wirklich einmal Stabilisie-
rung im Vordergrund steht und wo man schaut, dass nicht mehr passiert. Im
Haus am Seespitz ist ja eigentlich die Idee, dass man die Leute so gut wie
möglich wieder integriert, einen Platz für sie in der Gesellschaft findet. Und
das ist gar nicht so einfach.“*

Hermann Larcher von der Drogenberatungsstelle des Jugendzentrums Z6 ist seit vielen Jahr-
zehnten Motor in diesem Bereich:

*„Ich bin seit 32 Jahren im Z6, seit 18 Jahren in der Jugendarbeit und mein
Herz ist bei der Jugend, hat auch seinen Grund, weil da ist einfach noch viel
machbar mit den jungen Leuten. Das ist einfach in Richtung Perspektiven,
Ausbildung, Arbeit [...] Jetzt überhaupt in den letzten Jahren bin ich immer
wieder konfrontiert worden mit dem Thema Suchterkrankung, Gesundheit
und erwerbsfähig, also Arbeitsmarkt und was gibt es für Möglichkeiten.“*

Diese exemplarisch zitierten Personen und ihre Hintergründe demonstrieren einerseits die
professionelle Verbundenheit in der thematischen Auseinandersetzung. Auf der anderen Seite
wird deutlich, dass die weitere Entwicklung im Feld von vielen in diese Studie einbezogenen
Akteurinnen und Akteuren auch in den nächsten Jahren verantwortlich akzentuiert wird.

3. Gewachsene Behandlungsansätze und deren Entwicklung

3.1. Beginn der Niederschwelligkeit und Substitutionsbehandlung (ab Mitte der 80'er Jahre)

Um das heute gegebene Versorgungsangebot der Suchtkrankenhilfe in Tirol zu verstehen, ist ein historischer Rückblick sinnvoll. Dieser macht klar, dass über die Wechselfälle der Zeit Behandlungs- und Versorgungsansätze entstanden sind und sich entwickelt haben, die zunächst nicht einer Systematik verpflichtet waren, sondern Reaktionen auf gesellschaftliche Umstände darstellten oder Anregungen von außerhalb Österreichs aufgriffen. Am Beispiel des Themas Substitution lässt sich ein spannendes Kapitel der Suchthilfe in der hier breiter wiedergegebenen Rückschau der ersten Drogenkoordinatorin Tirols, Helga Oberarzbacher, nachvollziehen. Die besondere Lage Tirols an der Nord-Süd-Schnittstelle war einerseits ein wichtiges Element in der Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Österreich, die Nähe zur Schweiz, in der die offene Drogenszene in den 80er-Jahren ‚explodierte‘ ein anderes:

„Und dann hat so angefangen die große Substitutionsdiskussion in Tirol. Das war ganz ein wichtiger Einschnitt in der Drogenarbeit, weil das war ja ein sehr verpöntes Thema in Österreich und auch im übrigen Europa bis auf Italien und Holland. Und wir waren deshalb so unmittelbar konfrontiert, weil der Brenner ist 30 km entfernt, und unsere Junkies sind immer wieder nach Südtirol hineingefahren und haben drinnen irgendwie schon diese Substanz gekriegt. Und deswegen waren wir eigentlich als das Bundesland Tirol die ersten, die konfrontiert waren mit der Methadon-Substitutionsbehandlungen damals in Italien, von allen Bundesländern. Ich kann mich erinnern, wir haben damals auch den Drogenarbeitskreis gegründet, den österreich-weiten, da in Innsbruck. Und da haben wir noch unter den österreichischen Drogenarbeitern die Diskussion pro und contra Methadon geführt. Das war echt zu Beginn eine schlimme Diskussion, weil die alle zu konservativ waren und gesagt haben ‚Nein, um Gottes willen, wenn man die Leute jetzt staatlich auf Gift setzt, was dann alles passiert‘ usw. Und das hat sich dann so systematisch professionalisiert aufgrund der Erfahrungswerte eben von Italien und Holland.“

Erst 1993, nach Jahren einer unkoordinierten Phase der Angebotsentwicklung im Feld der Suchthilfe wurde mit dem ersten Drogenkonzept des Landes Tirol ein Versuch zur Systematisierung unternommen.

„Und 1993 hat das Land Tirol dann versucht diese ganze Drogenarbeit ein bisschen zu systematisieren und nicht zu schauen, dass einfach nur so ein Wildwuchs an Einrichtungen existiert. Weil es hat damals die Abstinenzorientierten gegeben, die Beratungsstellen und die Drogenambulanz mit der

Methadon-Substitutionsbehandlung und die niedergelassenen Ärzte. Und das ganze System ein bisschen so in einem Stufenbau aufzustellen, wie es üblich war, gerade in der Schweiz, die damals sehr vorbildlich systematische Drogenarbeit gemacht hat, von abstinenzorientiert bis zu begleitend, die ganze Palette war da. Da haben wir gesagt, das wollen wir auch in Tirol haben.“

Wesentlich war damals die Frage, wie sich die entwickelte offene Drogenszene ordnungspolitisch eingrenzen und eine gesellschaftlich verträgliche Form der Suchthilfe, die auch angenommen wird, etablieren lässt:

„Was braucht es für Angebote, damit man die Drogenabhängigen erreicht? Der Hintergrund war auch der, dass man gesagt hat, in Europa entwickeln sich sogenannte offene Drogenszenen in den größeren Städten und das ist ein großes Sicherheitsrisiko für die Städte. Also muss man schauen, wie kriegt man die Drogenabhängigen von der Straße weg. Wie kriegt man sie von der Straße weg, weil das zieht natürlich Dealerkreise an usw. Und die öffentliche Sicherheit ist gefährdet. Wie kann man den öffentlichen Raum in einer Stadt so machen, dass er für die Normalbevölkerung sicher und lebbar ist, und wie kann man für die Drogenabhängigen ein Angebot schaffen, was sie auch annehmen können, was ihren aktuellen Lebenssituationen entspricht, wo sie dann auch in den Einrichtungen betreut und behandelt werden. Also das war der Hintergrund. Und da hat Tirol, der damalige Landesrat Hengl, ein Drogenkonzept erarbeiten lassen. Das war 1993.“

Logische Folge war die Schaffung zweier Einrichtungen im Zentralraum Innsbruck: Mentlvilla und im Weiteren das Komfüdro. In Tirol wurde damit österreichweit herausragend die Niedrigschwelligkeit im Zugang zur Drogenkonsumszenen begründet. Die mutige Schirmherr- bzw. Trägerschaft der Caritas in diesem Bereich dauert bis heute an:

„Wir haben gesehen, wir brauchen zwei Einrichtungen: das eine war die Mentlvilla, weil wir gesagt haben, wir können nicht Drogenabhängige substituieren auf der Drogenambulanz und sie dann obdachlos auf der Straße stehen lassen. Also schlechte Bedingungen erstens für eine Behandlung, zweitens für die Lebensumstände der Menschen. Die Caritas hat sich damals bereit erklärt, die niedrigschwellige Drogenarbeit zu machen. Das ist damals ein Begriff gewesen, der relativ neu aufgetaucht ist in der Europäischen Drogenarbeit. Niedrigschwellige Drogenarbeit heißt die Klienten dort abzuholen, wo sie sind. Nicht Vorleistungen zu verlangen, sondern in der Verelendung einfach ein Angebot zu machen, um sie einfach von der Straße zu bringen.“

Die Caritas muss ich damals sagen, war der einzig couragierte Träger, unter dem damaligen Direktor Neuner, der gesagt hat, die Caritas will das, die

Caritas macht das. Weil das Land Tirol hat lange Träger gesucht und es hat sich kein Verein bereit erklärt, das bei sich anzuhängen. Die Caritas hat gesagt, wir gewährleisten in Tirol niedrigschwellige Drogenarbeit. Und unser erstes Projekt war die Mentlvilla. Die Mentlvilla war dann quasi der Wohnbereich für obdachlose Drogenabhängige, die auch bei uns in der Drogenambulanz in der Substitutionsbehandlung drin waren. Am Beginn alle Altersgruppen. Weil das Chill-out ist ja dann erst viel später dazugekommen für die Jugendlichen. Und die Mentlvilla war damals insofern eine tolle Einrichtung, muss ich heute sagen und das war auch federführend in Österreich, weil in der Mentlvilla durften die Leute auch aktuell Drogen konsumieren. Weil vom Suchtgiftgesetz her ist das alles verboten. Aber es ist ja damals auch im Zuge des Drogenkonzeptes der Suchtbeirat installiert worden und der Professor Bertl am Institut für Strafrecht war ein ganz ein wichtiger, eine wichtige Person für uns, die sich im Strafrecht und im Suchtmittelgesetz gut ausgekannt hat und der uns immer wieder die Rechtsgutachten gemacht hat. Der hat quasi gewährleistet, und hat das Gesetz so interpretiert, dass in der Mentlvilla Drogen konsumiert werden können, ohne dass permanent die Polizei ein- und ausgeht und unsere Drogenabhängigen verhaftet. Und das war eigentlich damals eine ganz große Errungenschaft von Tirol. Das hat es nirgends in Österreich gegeben.“

Der Bedeutung von Tagesstruktur als elementarem, basalem Baustein in der Drogenhilfe wurde versucht mit der Einrichtung des Komfüdros in einem weiteren Schritt zu entsprechen. Die wissenschaftlich aufwändig inszenierte Evaluierung des Projekts „Breitenstein“ in der Schweiz war letztlich mit einer Anregung für Tirol, der Mentlvilla in entschiedener Weise ein mobilisierendes Element Richtung sozialer Teilhabe und Tagesstrukturierung hinzuzufügen:

„Und die zweite Einrichtung war dann das KOMFÜDRO. Und zwar deshalb, weil - wir haben uns im Vorfeld in der Schweiz ein wissenschaftliches Projekt angeschaut und zwar das hat geheißen Haus Breitenstein. Das ist hoch beforscht worden damals von dem Vorstand der Frankfurter Schule der Soziologen. Und das war auch eine Einrichtung ähnlich wie die Mentlvilla, wo die Leute dort quasi wohnen haben können und fixen haben können. Und wir haben damals eine Exkursion in die Schweiz gemacht und haben uns das angeschaut, bevor wir die Mentlvilla da so konzipiert haben. Und dann haben wir vorgefunden in Zürich eine Situation - also ich kann mich heute noch erinnern, ich war ziemlich entsetzt: im Parterre unten sind die Psychologen und die Sozialarbeiter gesessen, total fertig und frustriert (lacht), im ersten Stock oben waren die Wissenschaftler, die alles beobachtet haben und beschrieben haben. Und im zweiten Stock oben haben die Junkies gewohnt und die sind alle fett im Bett gelegen, keiner ist mehr aus dem Bett heraus gekommen und sie haben sich nur mehr zugeröhnt. Und zwar haben die sich das so

organisiert: einer ist jeden Tag auf die Straße den Stoff holen gegangen, hat den gebracht und die haben sich alle niedergedröhnt und sind nicht mehr aus dem Bett gegangen. [...] Und aus dieser Erfahrung heraus, von dem Haus Breitenstein, haben wir gelernt und haben gesagt: Okay, wenn wir schon eine Einrichtung machen, wo sie wohnen und auch aktuell konsumieren, dann müssen wir eine Tagesstrukturierung machen, nicht dass es so passiert, dass die nicht mehr aus dem Bett gehen und keine Teilhabe mehr am gesellschaftlichen Leben haben. Und dann haben wir gesagt okay, die Mentlvilla sperrt um 10:00 Uhr am Vormittag zu, die Leute sollen aufstehen, frühstücken und dann quasi am öffentlichen Leben teilhaben. Und dazu braucht es aber dann auch irgendwo so eine Tagesstrukturierung als Einrichtung. Weil ich habe erlebt, als Sozialarbeiterin in der Drogenambulanz, dass die alle nicht haben dürfen in unsere öffentlichen Cafes gehen. Da sind sie überall hinausgeschmissen worden. Und dann haben wir gesagt okay, wenn die Innsbrucker Gastronomielandschaft nicht gewährleistet, dass die Leute am öffentlichen Leben in einem Kaffeehaus teilnehmen können, dann müssen wir eine eigene Einrichtung schaffen, wo die Leute sich aufhalten können, speziell in den kalten Wintermonaten. Und dann hat die Caritas gesagt okay, sie macht eine Einrichtung, ich war auch in der Konzeptgruppe vom KOMFÜDRO noch dabei, und das war dann der Punkt, wo das KOMFÜDRO als niedrigschwellige Tagesaufenthaltsstätte konzipiert worden ist. In der Mentlvilla war es so, die Leute haben dann ab 16:00 Uhr wieder hingehen können, in ihre Zimmer in ihren eigenen Wohnbereich, da ist wieder aufgesperrt worden, aber sie waren in der Öffentlichkeit, sie waren draußen, sie sind in der Früh aufgestanden, haben ein bisschen eine Tagesstrukturierung gehabt. Weil das glaube ich und das habe ich wirklich aus den Erfahrungen in der Schweiz gelernt, ist ganz ganz wichtig eine Tagesstrukturierung zu haben.“

Die Frage der gesellschaftlichen und beruflichen Integration substanzabhängiger Personen spielte bereits zu Beginn der Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle. Einige Argumentationspfade für und gegen die Substitutionsbehandlung bzw. deren Handhabung tauchten historisch gesehen also bereits am Beginn auf:

„Ja da hat es bei uns auch immer wieder gegeben ganz ein unterschiedliches Potenzial an Klientel: Leute, die zum Beispiel nie auffällig waren vom Strafrecht her, weil sie sich das immer selber gut organisiert haben, sind dann plötzlich auf der Drogenambulanz aufgetaucht, wenn es Engpässe gegeben hat in der Substanzbeschaffung, die aber wie gesagt ganz normal integriert waren, ganz normal gearbeitet haben. Und das war uns immer ein großes Anliegen in der Drogenambulanz zu schauen, dass die Leute in ihren Arbeitsplätzen bleiben. Weil das hat ja dann in den Kontrollmechanismen auch damit zu tun gehabt: kriegen die Leute ihr Methadon mit nach Hause oder

nicht? Vom Strafrecht her sind die Diskurse so gestaltet worden, dass man gesagt hat, whaaa das ganze Methadon landet am Schwarzmarkt, wenn man das den Leuten mitgibt auf der Straße und dann produzieren wir Drogentote. Und wir in der Drogenambulanz haben immer gesagt, wichtig ist uns die Integration der Betroffenen am Arbeitsplatz und wir gewährleisten auch diese Kontrollmechanismen in der guten Compliance, die wir zu den Leuten gehabt haben. Und das ist auch, muss ich sagen, teils wirklich gelungen, dass man gesagt hat okay, wir vertrauen dir, du vertraust uns, du kriegst das Methadon mit, immer eine Wochenration. Das musste auch immer ganz eng mit den Amtsärzten abgesprochen sein.“

Der Diskurs zur Substitutionsbehandlung war und blieb bis heute polarisierend, wie der Leiter der abstinentenorientierten Langzeittherapie Haus am Seespitz erinnert:

„Damals war für mich klar, dass Substitution etwas sehr sehr Wichtiges ist, damals hat man auch sehr kämpfen müssen dafür dass es überhaupt eingerichtet worden ist, akzeptiert worden ist. Und das ist immer schon sehr angefeindet worden, wird es ja heute auch noch recht infrage gestellt.“ (Haus am Seespitz)

Der Suchtkoordinator sucht heute die Breite, die Vielgestaltigkeit des Angebots, um den Herausforderungen der unterschiedlichen Lebenssituationen der KlientInnen zu entsprechen:

„Ein Suchtkonzept darf ja und muss auch in Bewegung sein und von daher finde ich es nicht schlecht. Ich finde es nicht schlecht, sondern ich finde einfach, dass da die Diskussion - das ist ja ein Stück weit beim Kern Harry dann auch passiert oder indem, dass es auf der einen Seite sehr polarisiert geführt worden ist, welche Substanz nehme ich, darf man Substitol, Methadon - das auf der einen Seite. Und auf der anderen Seite, weil es so polarisiert war, zu wenig geschaut worden ist, dass man auch eine Position vertreten könnte: wir brauchen alles von dem was da ist, wir müssen schauen, dass wir ein sehr weitläufiges Feld haben, wo es unterschiedliche Angebote gibt, weil eben die Klienten auch ganz in unterschiedlichen Situationen sind und dass es zwar dann Widersprüche und auch Streitpunkte geben darf, aber dass es schon auch so ein Grundverständnis geben kann: Wir brauchen ein ausdifferenziertes System und wenn ein Arzt mehr in die Richtung geht und ein anderer in die - 'what shalls' sozusagen.“ (Suchtkoordinator)

Präzisierung was Substitution und Beikonsum anlangt, sofern es auch um den Erhalt von „Normalität“ – also nicht nur harm-reduction geleistet werden soll – und damit die Voraussetzung für eine Berufstätigkeit geht, schränkt Primar Schmidt die Behandlungsfreiheit etwas ein:

„Richtig substituiert hieße in dem Fall, was ja eines der Hauptargumente für die Substitution auch ist, sicher nicht das Einzige, das weiß ich schon, Nor-

malität erhalten. Und das geht nicht mit Beigebrauch. Das war in den Behandlungsrichtlinien bei uns ein absolutes „noli me tangere“: Beigebrauch ist möglich, aber wenn er auftaucht muss er behandelt werden. Wer sagt: nö, ich brauche noch das und das zum Opioid oder Opiat dazu, dann habe ich gesagt, nein, da müssen Sie sich sonstwo substituieren lassen, weil wir relativ klar das Ziel haben, Normalität erhalten oder Normalität wieder erreichen. Wer sich nur zudröhnen will, der kann sich auch substituieren lassen, nur dann aus anderen Gründen.“ (Prim. Schmidt)

3.2. Casemanagement oder die Vision Institutionenübergreifender Reha-Kontinuität – Verstärkung der extramuralen Versorgung (ab Mitte der 90’er Jahre)

Casemanagement wird als Methode der Sozialen Arbeit ins Spiel gebracht, um die Lücken bei der Entwicklung Institutionenübergreifender Rehabilitationspläne zu schließen und die Behandlungsschritte von stationärer Behandlung bis zur ambulanten Begleitung stärker zu integrieren:

„Aber die Anforderungsprofile an diese Struktur, die muss noch einmal neu überdacht werden. Verantwortlichkeiten im Sinne des Casemanagements. Weil da sehe ich halt ganz gerne immer so das Delegationsprinzip. Und dann entstehen diese großen Lücken, in die die Klienten dann leider Gottes immer wieder hinein fallen. Weil das sind dann eigentlich die Leidtragenden.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

So bleibt die Vision einer übergeordneten Steuerung und Verantwortlichkeit – hier mit Bezug auf die tirolweite Beratungsstruktur – auch attraktiv:

„Ich glaube schon auch, dass am ehesten - wer sozusagen so von der Grundstruktur her - für so ein Casemanagement grundsätzlich prädestiniert ist, das sind schon die Beratungsstellen an sich.“ (Suchtkoordinator)

Wesentliches Ziel hinter dem Casemanagementansatz wäre die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kontinuität – zentrale Variable in einer vielfach von Beziehungsbrüchen gezeichneten Suchtchronologie:

„Die Menschen, die zu uns kommen, deren Weg ist gekennzeichnet durch viele Beziehungsabbrüche. Und wir sind sehr bemüht darum so eine Art Casemanagement aufzubauen, dass wir die sind, also es kommt jetzt jemand, der geht auf Entzug, der kommt nach dem Entzug wieder, im besten Fall, dass wir die Zuständigen sind, wo er immer wieder auf die Person dann in der Beratungsstelle darauf zurückgreifen kann. Das ist also eines unserer Ziele.“

Und da gehört dann eben auch, wie sie sagen, das Thema Arbeit und Wohnen dazu. Selbst wenn man dann weitervermittelt. Aber so das Ziel von uns, eines der Ziele wäre einfach, dass wir diese Kontinuität anbieten, in der Beziehung stehen mit dem Klienten.“ (Suchtberatung Tirol)

Über die Wahrnehmung einer ständigen Wiederholung von Betreuungsszenarien – von Anamnese bis Weiterreichung – entsteht die Phantasie einer „guten Fee“, die sich um alles kümmert, KlientInnen an der Hand durch die Institutionenlandschaft führt:

„Wir haben das zuerst ja auch schon einmal angereizt oder angesprochen, dass wir ja viele so Coachings und Begleitungsstrukturen haben. Jede Einrichtung hat schon ihre eigenen. Und es ist ja für die Klienten teilweise auch unmöglich: sie werden immer wieder weitergereicht und die Geschichte geht wieder von vorne los. Und da käme mir jetzt vor, wäre es schon ganz schön, zu Beginn gibt es jemand - das ist jetzt eine Fantasie von mir, ein Wunschenken - gibt es einfach jemanden, der sich der Person annimmt und sie wirklich durch begleitet durch den ganzen Prozess, von den einzelnen Institutionen, von einem Raum in den anderen, wie du sagst. Sich um die finanziellen Dinge auch kümmert, auch schaut, ist das jetzt die richtige Einrichtung oder braucht man nicht noch etwas Niederschwelligeres? Und immer wieder in Krisensituationen da ist als Ankerpunkt und vielleicht auch wieder den Abbruch oder was immer verhindern kann. Ich weiß nicht, klingt jetzt gar nicht so kompliziert, vielleicht auch gar nicht so teuer. [...] Und vor allen Dingen ich habe nicht immer nur ein Puzzlestein aus dem, sondern der oder diejenige, die den begleitet, der kennt wirklich die ganze Geschichte von vorne bis hinten. Also datenschutzmäßig sollte da meiner Meinung nach das alles zusammenlaufen. Und sonst ist es immer so, das Land hat ein bisschen etwas, wir haben ein bisschen etwas.“ (AMS)

Im Einwand, dass dazu das Element „Verbindlichkeit“ vorauszusetzen ist, das so nicht automatisch gegeben ist, taucht die Grenze von einem durchgängigen Casemanagement auf. Komplikationen mit dem Datenschutz sobald Institutions- oder Gebietskörperschaftsgrenzen überschritten werden, bleiben offen:

„Die Frage ist wirklich, wie kriegt man die Verbindlichkeit her? Du kannst ja einen Klienten nicht zwingen, dass er zum Verein Suchtberatung oder in den BIN geht und sagt, hey das ist ein Casemanager, geh dort wieder zurück und der schaut mit dir das an. Weil so ist es halt nicht organisiert, das ist eine Frage ob das wünschenswert ist oder wie man da tut.“ (Suchtkoordinator)

Über Erfahrungen im Migrationsbereich, wo Entwurzelung und Traumatisierung sich fortwährend verstärken können, wird die Analogie zur chronischen Suchtkrankheit hergestellt, in der die Verläufe eben gerne dynamisch und gleichzeitig brüchig bleiben und sich damit nur begrenzt eine wünschenswert stabilisierende Kontinuität entwickeln kann. Die Wiederkehr der

„Geister der Vergangenheit“ bedrohen Erreichtes, wie sich der Leiter der Langzeittherapie Haus am Seespitz ausdrückt:

„Aber ich sehe schon - also es hat zum Beispiel mit den Verläufen zu tun, die wesentlich dynamischer sind, eben diese Rückfälle gibt es, diese schweren Brüche, wie so, wenn ich es jetzt vergleiche bei Ankyra³ zum Beispiel, in der Begleitung mit Migrationshintergrund, wo es dann auch zum Beispiel einfach einen Bruch dadurch gibt, dass der Aufenthaltsstatus nicht geklärt wird oder das abgelehnt wird und dann ist die ganze Arbeit möglicherweise kurzfristig für nichts; und es kommen Leute aus der Heimat, die da ziemlich einen Druck ausüben, wo es auch Verwandte gibt. Mir kommt das oft sehr ähnlich vor. Es tauchen so die Geister der Vergangenheit auf.“ (Haus am Seespitz)

Worauf es in der Arbeit mit KlientInnen ankommt, wird vom Leiter des BIN präzisiert: Entscheidend bleibt die Qualität des Personals, weniger methodische Settings; wobei sich diese Qualität wesentlich im Kontakt und der Beziehung zu den KlientInnen ausdrückt:

„Also was ich ganz wichtig finde prinzipiell, ganz wurscht welche Methode man verwendet, und ob man jetzt das Casemanagement weiterverfolgt oder was auch immer, scheitern tut es an den Leuten, die dort sitzen. Du brauchst einfach gute Leute überall, dann funktioniert jedes System eigentlich. Also gerade im Suchtbereich wenn auf der Reha gute Therapeuten sage ich jetzt einmal so pauschal, gute Therapeuten, gute Therapie stattfindet, dann funktioniert das einfach. Weil dann findest Wesentliches irgendwie statt. Und wie das jetzt genau und wie lange die dort sind oder was da genau - von den Umständen her, das ist eigentlich wurscht. Es kommt darauf an, dass da eine gescheite Beziehung aufgebaut wird. Bei uns genauso, also wir müssen - die Qualität vom Personal für uns ist einfach das Wesentliche täte ich sagen.“ (BIN)

Kritisch zu sehen ist, dass Kooperationsnetze in den letzten Jahren erst ansatzweise entstanden sind und das Angebotssystem oft weit davon entfernt ist, über Einzelmaßnahmen hinausreichende integrierte Kooperationsbeziehungen zu verfügen. Daher kommt es im Feld der Suchthilfe auch zu Problematisierungen des Konzepts „Casemanagement“.

Im Übergangsbereich zur Beschäftigung – beispielsweise wie hier von der Leiterin eines SÖBs skizziert – finden auch Abgrenzungen der KlientInnen statt, wo man zwar Einiges aus der anamnestischen Abklärung, die in jeder Institution wieder von vorne beginnt, weiß, aber Einiges offenbar auch nicht:

„Das mit dem Case-Management finde ich ein bisschen schwierig und mir kommt vor, das ist manchmal so ein bisschen eine Reißbrettkonstruktion, die

³ Ankyra - Zentrum für interkulturelle Psychotherapie in Tirol bietet seit 2004 kultursensible, dolmetschunterstützte und traumaspezifische Psychotherapie und psychologische Beratung in Tirol

nicht der Realität entspricht. Also wenn Personen bei uns sind, dann gibt es natürlich in der Beratung immer so etwas wie eine Abklärung und auch Abklärungsphase und eine biografische Erarbeitung von den unterschiedlichen Lebensteilen. Und natürlich ist es so, dass das auch abgefragt wird, welche Institution gibt es denn noch, wo wohnen Sie denn? Manchmal wohnen die in einer Wohneinrichtung vom DOWAS, das wissen wir dann natürlich alles. Aber es gibt auch manchmal das, dass Klientinnen uns nicht sagen, dass sie eine Psychotherapeutin haben und dass das erst dann im Laufe dieses Jahres herauskommt. Und das finde ich auch okay. Also ich denke mir, da muss auch ein Recht bei den Klienten bleiben, dass sie nicht alles sagen, sondern dass ich zuerst einmal schaue, wie tun denn die da und wie sind denn die. Und dass sie nicht gleich sozusagen wie ein offenes Blatt - und dann mach mal Casemanagerin!“ (WAMS)

Nicht zuletzt können KlientInnen erfahrungsgemäß Widerstand gegen eine als paternalistisch empfundene Form der Betreuung entwickeln bzw. wollen überhaupt einfach nur „in Ruhe gelassen“ werden:

„Also es ist auch da schwierig - auch im Sinne von einem Casemanagement, also von einem Begleiten, von einem Klienten über mehrere Jahre - da dran zu bleiben, weil manche dann einfach sagen: Nein, he jetzt lasst mich in Ruhe, jetzt habe ich einmal alles getan, ich mag etwas anderes.“ (Suchtkoordinator)

In der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz wie auch am Ausgang anderer Maßnahmen, wo nach Einschluss in eine mehrmonatige Intensiv-Reha der Übergang „nach draußen“ gerne als Problemstelle erlebt wird, erweist sich die Bereitschaft der KlientInnen zu einer übergreifenden, nachhaltigen Fallbegleitung oft als stark begrenzt:

„Also das ist nicht so leicht, die Leute, zwei Monate bevor Sie außer Haus gehen, dorthin zu bringen. Also wir beginnen da schon im dritten, vierten Monat spätestens klar darüber zu reden, es wäre geschickt da anzudocken, da gibt es die Möglichkeit sich weiter begleiten zu lassen. Die Leute kennen es zum Teil noch nicht so gut. Das ist das eine. Und zum anderen eben denken Sie, naja jetzt mache ich das alleine. Und da wird es dann nicht so einfach.“ (Haus am Seespitz)

Primar Schmidt stellt mit Blick auf die Beratungsstellen klar, was Casemanagement in der vollen Zuständigkeit bedeutet: absolute Kontinuität in der Erreichbarkeit:

„Wenn ihr Casemanagement fordert, ist meine allererste Bedingung, ihr übernehmt aber auch die Verantwortung. Und was heißt dann Verantwortung übernehmen? In allererster Linie, dass der Prozess aufrecht erhalten bleibt. Und solange ihr nur denkt, wenn der von mir nichts mehr will, muss er noch mal auf die Schnauze fallen und nochmal in die Gosse, solange ihr so denkt, könnt ihr gar nicht Verantwortung übernehmen.“

Weil es euch dann wurscht ist, wie es einem vor allem dann, wenn es ihm ganz schlecht geht, wirklich geht. Also Verantwortung, das ist etwas Aufwändiges und das müsste man sich bei den Ärzten abgucken, weil wir haben die Verantwortung vom Gesetzgeber übers Strafrecht, knallhart. [...] Das geht über die absolute Kontinuität in der Erreichbarkeit.“ (Prim. Schmidt)

3.3. Tiroler Suchtkonzept (ab 2012)

Aus dem Tiroler Drogenkonzept entwickelte sich das Tiroler Suchtkonzept⁴, das 2012 fertig gestellt wurde. Dessen Qualität wird vom Suchtkoordinator im Abgleich mit Erfahrungen aus anderen Politikbereichen positiv bewertet:

„Also fein und gut war das, dass es bei meinem Einstieg das Suchtkonzept schon gegeben hat. Das war als Basis schon da. Und ich finde, dass das Suchtkonzept, so wie es jetzt vorliegt speziell was die Fakten, Daten, die ganze Aufbereitung von der Situation angeht sehr gut ist. Das kann man überhaupt sagen, weil ich ja vorher in anderen Bereichen, sowohl in der Jugendwohlfahrt wie auch im Flüchtlingsbereich tätig war. Also das was es im Suchtbereich an Datenlage gibt, das ist gut im Verhältnis zu dem, was ich bisher gekannt habe. Und auch grundsätzlich so Dokumentation und dass wissenschaftliche und evidenzbasierte Geschichten einfließen, gibt es da schon eine relativ gute Kultur im Verhältnis zu dem was ich sonst auch kenne. Das ist gut.“ (Suchtkoordinator)

Im Tiroler Suchtkonzept wird eine strukturelle Neuorientierung der Suchthilfe entworfen:

Kritisch wird dort die Trennung von Alkohol- und Drogenhilfe sowie Hilfe bei Verhaltensstörungen auch mit Blick auf getrennte Einrichtungsstrukturen angesprochen. Insgesamt wird die systematische und koordinierte Einbindung sozialpsychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen in Form eines stärker vernetzten Hilfesystems reklamiert. Dabei bleibe im Bereich der Suchtarbeit das Schnittstellenmanagement wesentlich für die Effektivität des Gesamtsystems.

Gerade das empfundene Nebeneinander von nicht näher in Zusammenhang gebrachten Begrifflichkeiten im Tiroler Suchtkonzept wird vom Suchtkoordinator hingegen als Schwäche des Konzepts erlebt bzw. als Notwendigkeit, hier weiter die gemeinsame fachliche Diskussion zu suchen:

⁴ Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales. (2012). Tiroler Suchtkonzept 2012. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Innsbruck

„Das Suchtkonzept hat schon auch Schwächen, wenn es um die Ziele und Grundsätze geht, da ist es - sage ich jetzt einmal - einfach ein Zusammenwürfeln von allen möglichen Begriffen, aber es ist nicht hart diskutiert worden. Und dann schaut man, wie findet man, wie bringt man das auch gut zusammen, sondern da steht halt akzeptanzorientiert und abstinenzorientiert und alles steht irgendwie drinnen. Aber wie das miteinander im Verhältnis steht, wo sich das beißt, wo es das braucht, da glaube ich fehlt auch noch Einiges da, da finde ich diese Diskussion gut.“ (Suchtkoordinator)

Im noch frischen Blick der erst seit kürzerer Zeit tätigen neuen Leiterin der Suchtberatung Tirol formt sich daraus das Bild der Suchthilfelandchaft in Form eines Schrebergartens mit vielen fleißigen, aber doch teilweise etwas abgegrenzt agierenden Gärtnern:

„Ich erlebe ganz viel an guten Ideen, die dann auch teilweise umgesetzt werden. Aber ich erlebe so mehr so dieses: jeder hat ein bisschen so seinen Schrebergarten.“ (Suchtberatung Tirol)

Insbesondere die intensive Komorbidität bei Suchterkrankungen und allgemein die Behandlungskomplexität seelischer Störungen stehen der universellen Eindeutigkeit einer Behandlungskette für Suchterkrankte im Weg. Als hoffnungsvolle Vision entwickelt sich beim Suchtkoordinator, mit Blick auf das Zuständigkeitsdilemma der Gebietskörperschaften, ein verbindlicher Behandlungspfad – fast in gedanklicher Anlehnung an die Goldstandards der evidenzbasierten Organmedizin:

„In der Systematik ist das noch nicht ausgereift. Sondern das merkt man halt jetzt langsam, dass Sucht und psychische oder psychiatrische Erkrankungen auch ein Thema sind für die ganzen Gebietskörperschaften. Aber ein Herzinfarkt und was man dann tut oder die anderen Geschichten, die sind relativ klar abgesteckt. Und bei den ganzen psychiatrischen Geschichten und auch bei der Sucht, ist das noch ein sehr weites Feld, ist das einfach noch nicht systematisiert auch. Und da habe ich auch jetzt noch keinen Vorschlag, weil das auch wirklich ein medizinisches Thema ist. Ich merke nur, dass es Sinn machen täte, wenn man da ein bisschen mehr Systematik drinnen hätte, sonst täte man sich auch leichter im Aufstellen von Maßnahmen oder im Ablauf von einem Behandlungspfad.“ (Suchtkoordinator)

3.4. Angehörigenarbeit als Herausforderung

Im größeren Kontext zu arbeiten und auch Angehörige Suchtkranker einzubeziehen erscheint hinsichtlich der Szenewirkung beim illegalen Drogenkonsum wünschenswert:

„Das ist schon etwas, was ich bei vielen Patienten merke, wenn wir so darüber reden, du, und mit wem machst du jetzt eigentlich in deinen Ausgängen etwas? Und dann kommt man drauf, da gibt es nicht eine einzige Person, die nicht konsumiert. Damit ist die Szene fast so etwas wie ein Familienersatz. Deswegen ist es aus meiner Sicht auch ganz ganz elementar, mit den Angehörigen gleichzeitig zu arbeiten und sie mit ins Boot zu holen.“ (Haus am Seespitz)

Bei opiatabhängigen Jugendlichen/jungen Erwachsenen sind die Eltern bzw. das familiäre System nicht zuletzt deswegen belastet, weil ständig eine existenzielle Bedrohung und Angst einwirken. Die dabei entstehende Hilflosigkeit führt in der Regel zu grenzüberschreitendem Verhalten. Auch in dieser Hinsicht ist die Arbeit mit Angehörigen in jedem Stadium von Suchterkrankungen essentiell:

„Weil es für das familiäre System extrem belastend ist, das ist vor allem im illegalisierten Bereich, haben ja die Eltern dann damit zu tun, dass sie ständig befürchten müssen, die Kinder sterben. Und das ist auf Dauer gar nicht auszuhalten. Und da spielen sich wirklich schwierigste Szenen ab, so dass Eltern ihre Kinder einsperren probieren, das irgendwie versuchen zu kontrollieren; in ihrer Hilflosigkeit da Grenzen überschreiten. Das ist für alle Beteiligten furchtbar schwierig und da sind sie so einer großen Ohnmacht ausgesetzt. (Haus am Seespitz)

Vielfach wirkt auch heute noch – trotz multimedialen Angebot und jahrzehntelanger Öffentlichkeitsarbeit – immer noch das gesellschaftlich etablierte Missverständnis zur chronischen Wirkung von Suchterkrankung und gerade auch bezüglich des Konzepts von Co-Abhängigkeit:

„Wir haben einmal im Monat einen Angehörigennachmittag, dann haben wir zusätzlich Familiengespräche, wenn wir sehen, das ist eigentlich unumgänglich für die Entwicklung, dass wir mit den Eltern reden. Das ist so wie man es klassisch versteht: jemand der jemanden liebt, der abhängig ist, der ist co-abhängig. Und der kommt in Situationen, in denen er sich nicht mehr richtig verhalten kann, und was immer er tut verschärft die Situation. Und da ist es oft dringend notwendig einfach miteinander zu reden. Das ist auch etwas wo ich merke, die Eltern haben einfach wenig Ahnung von der Sucht. Wenn ich sage, das ist eine chronische Erkrankung, dann schauen sie mich schon einmal ziemlich skeptisch an. Das ist mit dem Ende des Konsums - und es hätte etwas mit Willensstärke zu tun.“ (Haus am Seespitz)

Gleichzeitig reduziert die Sorge vor Stigmatisierung die Etablierung und Entwicklung von Angehörigengruppen, die hier stärkend wirken könnten:

„Aber auch da sind wir eigentlich mit der Suchtberatung dran, die jetzt auch versucht, diese Angehörigengruppen aufzubauen, was extrem schwierig ist, weil sie nicht recht anlaufen. Ich befürchte, dass halt die Angehörigen da vor der Stigmatisierung ...“ (Haus am Seespitz)

Angehörigenarbeit erscheint nicht zuletzt aus der Motivationsperspektive hilfreich, oder – wie es eine AMS-Mitarbeiterin ausdrückt – im Respekt gegenüber den KlientInnen und dessen Eigenständigkeit verfügen „Hilfskräfte“ wie etwa BeraterInnen am AMS nicht über jene Potenz, wie emotional näher stehende Personen – sofern sie sich aus der Co-Abhängigkeit befreien können:

„Wobei ich mir doch denke, ich bin nicht unbedingt der letzte ausschlaggebende Part sage ich jetzt einmal für das, dass jemand eine Therapie anfangt. Ich bin weder Lebenspartner noch bin ich Familienmitglied oder irgendwer, der für ihr Leben so viel Ausschlag gibt. Ich meine sicher, ich kann - ganz schlimm her könnte ich schon mit Sperrfristen arbeiten - ich könnte schon jemandem eine Stelle schicken, der geht dann nicht hin zu der Arbeitsstelle und dann kann ich ihm vielleicht das Geld streichen. Aber das ändert ja nichts an der Situation. Das ist so das Problem, was sich oft habe, dass ich mir einfach denke, natürlich ich kann sagen im Sinne der Arbeitsfähigkeitsherstellung täte ich mir das erwarten, dass jemand das macht. Aber das ist ein erwachsener Mensch und der muss seine eigenen Entscheidungen treffen. Und da tue ich mich schon sehr schwer, dass jemand wegen mir das macht.“ (AMS)

Im Bereich der Abstinenzorientierung hat sich in den letzten zwanzig Jahren ein tragfähiges Angebot entwickelt, das nicht zuletzt über die Beratungseinrichtungen eine Flächendeckung erreicht hat, wie der Suchtkoordinator feststellt:

„Das ist ja auch wichtig, grade wenn man schon Leute hat, die sagen, ich will weg vom Alkohol oder ich will weg von den Drogen, dass es da zumindest einmal Angebote gibt. Die hat es ja vor zwanzig Jahren auch noch nicht gegeben. Und die gibt es jetzt und die funktionieren auch gut.“ (Suchtkoordinator)

Im streng abstinenzorientierten siebenmonatigen Seminarprogramm des Caravan in Innsbruck wird seit 2004 konsequent nach entsprechender medizinischer Entwöhnungstherapie auf den Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt vorbereitet. Die Selbstwahrnehmung ist entsprechend dem Ansatz:

„Ich meine wir sind einfach hochschwellig mit der Abstinenzorientierung. Vom Inhalt her ist es so, dass wir sagen, oberstes Ziel ist, Arbeit zu haben,

ganz klar erster Arbeitsmarkt, das ist vorgegeben (lacht). Dass man das erreichen kann ist einmal wichtig: Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, soziales Umfeld, Freizeit.“ (Caravan)

Die TeilnehmerInnen, die sich auf das Setting einlassen und vor allem auch die Voraussetzungen dafür mitbringen, entwickeln mehrheitlich gute Chancen für einen Berufseinstieg:

„Sieben Monate ist das, was ihnen vom AMS zur Verfügung gestellt wird, d.h. die erste Hälfte geht einfach einmal sich, uns kennen lernen, Tagesrhythmus rein zu kommen, sich psychisch zu stabilisieren, natürlich mit dem Schulungsprogramm, das aufbauend ist. Ziel der ersten Phase ist, sie sollten so gut stabil sein, dass in der zweiten Phase, wo Bewerbungstraining, Berufsorientierung, Praktikum sowie Stellensuche, was immer da dazu gehört halt, dass sie dafür gut gewappnet sind.“ (Caravan)

Die Abstinenzorientierung setzt hier bereits an die externe Entwöhnungsphase entsprechend therapeutische Anforderungen, in denen die persönliche Auseinandersetzung forciert werden soll:

„Die Vorbereitungsphase dauert dann maximal sechs Wochen, eventuell kürzer, weil er dann Entwöhnungstherapie ist. D.h. aus dem heraus geht man dann Entwöhnung, körperlichen Entzug, Entwöhnungstherapie, Mutters, B4, Maria Ebene, Kärnten, was es immer so gibt auch. Uns ist es wichtig, ein therapeutisches Setting zu haben, das kann eine Tagesklinik sein, wir haben auch jemanden gehabt von Lans oben, Reha-Lans, Langzeittherapie-Personen haben wir genauso gehabt. D.h. ein therapeutisches Setting muss er haben, eine persönliche Auseinandersetzung.“ (Caravan)

Bei allen Angeboten, die es auf den unterschiedlichen Ebenen zwischen Abstinenz- und Akzeptanzorientierung gibt, bleibt trotzdem eine große Lücke, die sich bislang nicht wirklich schließen ließ, nämlich jene Personen, die keine entsprechende Problemwahrnehmung bzw. –einsicht entwickelt haben, im fortgeschrittenen Alter im Erwerbsleben stehen und chronisch Suchtmittel – insbesondere Alkohol – konsumieren. So meint der Suchtkoordinator:

„Aber wir haben noch eine breite Masse, wo wir merken, nein die Angebote greifen da nicht oder das interessiert die gar nicht, weil sie sehen es ja selber ganz anders. Ich glaube, dass das ein großes Thema ist. Und die, die in Arbeit sind, das ist so der Trend, überhaupt der größte Teil: die in Arbeit sind, aber da an der Kippe stehen, wo es nicht mehr viel braucht und dann sind sie weg. Und dann kommt aber der große Rückfall oder der große Konsum.“ (Suchtkoordinator)

3.5. Arbeit und Beschäftigung als Ziel oder als Reha-Mittel?

Eine wichtige Wahrnehmung hinsichtlich der Berufsintegration von SuchtklientInnen in Substitution hat sich aus der Pionierzeit der Substitution in Tirol bis heute nicht wesentlich geändert, nämlich dass es einen beachtlichen Anteil von SubstitutionsklientInnen gibt, die sehr gut in der Arbeitswelt integriert sind:

„Ich habe das immer so gesehen wie: ein Drittel waren sehr sehr gut integriert, wie gesagt, die waren nicht auffällig, die haben Arbeitsplätze gehabt, haben ihre regelmäßige Methadonbehandlung gehabt, haben die Harnkontrollen alle eingehalten und denen haben wir auch das Methadon dann mitgegeben, immer eine Ration für eine Woche und dann sind sie wieder gekommen, haben von uns die neue Verschreibung gekriegt usw.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

Gegenüber der Pionierzeit hat sich Einiges geändert, auch was die differenzierte Vorgangsweise bei den Behandlungszielen anlangt: Nicht die vollständige Abstinenz als einzig anerkanntes Ziel, sondern das verstärkte Arbeiten mit Teilzielen über wesentlich längere Rehabilitationszeiträume brachte hier entscheidende Verbesserungen und reduzierte die Rückfallintensität bzw. Therapieabbrüche:

„Und da ist es ja in der Vergangenheit auch immer so gewesen, so quasi von heute auf morgen Vollentzug und Therapie und das aber von mehreren Geschichten: also da war halt Alkohol, da waren Tabletten, da waren die Opiatabhängigkeit und das war natürlich nie von Erfolg gekrönt. Da waren ja ganz hohe Rückfallquoten.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

Und eben selbst in dem Bereich was sich jetzt entwickelt hat, macht man Teilentzüge, man überlegt sich jetzt schon, macht mal einen Alkoholentzug bleibt aber weiterhin substituiert, ist zwar eben in Behandlung im kontrollierten Entzug sozusagen, hat vielleicht noch Tabletten in welcher Form auch immer, ob das Benzos sind oder sonstige Psychopharmaka, die auch separat entzogen werden. Also das wird schon in Stufen anders angegangen als früher, wo man gesagt hat einfach cut, Schnitt und aus. Und wenn das nicht funktioniert, dann ist eh nichts mehr.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Im niederschweligen Bereich der akzeptanzorientierten Einrichtungen entwickelte sich hier im Experimentieren mit den Bedingungen und Bestimmungen in den letzten 15 Jahren eine wertvolle Expertise im Umgang mit heiklen Fragen zur Arbeitsfähigkeit, Arbeitswilligkeit und was die Freiwilligkeit im Setting eines trotzdem verbindlichen Umgangs anlangt:

„Und unser Ansatz in den Einrichtungen ist ja immer der akzeptierende, durch alle drei Einrichtungen, die jetzt da gebündelt sind. Und eben auch für den Arbeitsbereich, ich meine da ist natürlich die Voraussetzung, dass die Leute natürlich arbeitswillig sind und arbeitsfähig. Arbeitsfähig heißt, dass

sie ihren Substanzkonsum soweit unter Kontrolle haben, dass sie nicht mit der Stirn auf der Tischplatte da liegen. Also das sind eigentlich die Zugangsbeschränkungen, sind Arbeitsfähigkeit und Arbeitswilligkeit, also Freiwilligkeit. Ja eigentlich mit diesem Grundkonzept muss ich sagen - also das Abrakadabra gibt es mittlerweile auch schon 15 Jahre - ist das eigentlich auch eine Erfolgsgeschichte, ist etwas wo ich - ich meine es hat auch natürlich Entwicklungen gegeben in den Tätigkeiten, man hat auch gelernt oder wir haben auch gelernt natürlich.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Aus dem niederschweligen Beginn mit Beschäftigung entstand die Erkenntnis, dass es für ein vielschichtiges Suchtklientel auch ein sachlich differenziertes Angebot zur Förderung braucht. Insbesondere die Unmittelbarkeit körperlicher Anstrengungserfahrung führte zu einem neuen Beschäftigungsansatz im Outdoorbereich:

„Also angefangen hat das so als Versandgeschichte, Postoptimierung, wo das natürlich in der Gründungszeit auf der Hand gelegen ist, weil das eine Tätigkeit ist, die sehr leicht war, körperlich nicht anstrengend, hat man auch im Sitzen machen können. D.h. dass Leute, die physisch unter jeder Kritik waren, trotzdem mit eingebunden haben werden können. Ist man aber einfach über die Jahre drauf gekommen, fordert nicht alle und fördert nicht alle, also diese Tätigkeit fordert und fördert nicht alle, die was dann da am Tisch sitzen und kuvertieren und falten et cetera et cetera. Und so hat sich da im Projekt dann eben auch eine Entwicklung ergeben, wo man dann geschaut hat, ja okay, was können die Menschen? Wichtiger Teil war immer - kennt man aus den Therapieeinrichtungen - die körperliche Arbeit. Körper spüren, weil ja einfach der Körper sehr weit weg ist oder der Geist ist weg und da gibt es eine große Distanz zwischen Geist und Körper und das wieder zusammenzubringen und sich spüren, schwitzen, sich anstrengen, Muskelkater haben. Und das ist einmal so eine Richtung gewesen, wo wir dann so im Outdoorbereich, wo wir jetzt aktuell ein Feld bewirtschaften zum Beispiel, einen kleinen Wald am Bergisel oben haben, den wir bewirtschaften. Dann einfach das in Stand halten und ausholzen, also jetzt nicht große Geschichten aber einfach so, dass die Leute draußen sind im Freien, dass sie sich bewegen, dass sie etwas machen müssen.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Die Niederschwelligkeit im Zugang zu „Beschäftigung“ forciert die Integration von Suchtkranken, die aufgrund der aktuellen Beeinträchtigungen zu weit weg vom Bedingungsgefüge von Maßnahmen und Projekten im zweiten Arbeitsmarkt sind und die dort geforderte Verbindlichkeit nicht aufbringen können und wollen. Aus der Strukturschilderung des Abrakadabra der Caritas wird verständlich, dass es jenseits der direkten Förderung für den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt sinnvoll ist, die basalen Voraussetzungen zu schaffen, um Verelendung einzubremsen und immer wieder einen ersten Schritt Richtung Arbeit und Beschäftigung anzubieten.

„Aufgrund dessen, dass wir den Zugang möglichst leicht schaffen wollen für die Leute, muss man es flexibel lassen. Weil die Betroffenen haben gute oder schlechte Tage aufgrund des psychischen oder physischen Zustandes, der manchmal kommt. Also um 9:00 Uhr sperren wir auf, um 9:30 Uhr wird arbeiten angefangen und dann kann es sein, dass einer sagt um elf - entweder fühlt er sich physisch oder psychisch nicht gut und dann geht der halt, dann wird der ausgezahlt und geht. Und wenn ich das aber nicht gewähren würde, dann ist das ganz schwierig den in das Projekt überhaupt herein zu kriegen, weil ich ihn einfach von vorne herein schicken müsste. Und die Erfahrungen zeigen aber, dass das kein Nachteil ist. Oder der Vorteil ist, die Leute kommen wieder. Also der fühlt sich weder diskriminiert, die Wertschätzung ist da, der weiß auch, es gibt ein Verständnis für die Problemlage - also es ist nicht so, dass wir das alles tolerieren alles für gut heißen - aber es gibt sehr wohl einen breiten Rahmen, wo wir einfach sagen okay, in dem Rahmen, da kann man sich bewegen, da gibt es unterschiedliche Abstufungen. Und wenn einer einmal einfach geht, dann geht der, so ist das, einfach so! Und der kann einmal am nächsten Tag einfach nicht kommen und dann kommt der einmal eine ganze Woche nicht aus welchen Gründen auch immer. Und wenn er wieder da ist und sich entschieden hat, dass er da wieder weiter anknüpfen will, dann steht die Türe wieder offen und es wird wieder weiter gemacht.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Am akzeptanzorientierten Reha-Projekt Lama, das sich ebenfalls im basalen Bereich von „Beschäftigung“ – jenseits von „Berufsintegration“ anbietet – wird eindrucksvoll klar, wie zentral auch bei stark suchtgeschädigten Personen das Moment „Arbeit“ verbindend wirkt, eine Brücke schafft, nicht aus der Sucht heraus, aber zu lebendigen eigenen Anteilen:

„Arbeit und Beschäftigung eignen sich wahnsinnig gut als Medium für Menschen etwas zu erfahren und zu erspüren und mitzukriegen. Und wenn das dann eben begleitet und angeleitet und kommentiert wird und besprochen wird, dann kommt es einfach zu einer Übersetzung in den Alltag und in die Sprache des Menschen, der da eben teilnimmt bei so einer Geschichte. Und da ist meine Erfahrung einfach die, dass das wahnsinnig hilfreich sein kann und dass das ganz zentral ist.“ (Lama)

In diesem Verständnis entwickelte sich hier für chronisch Alkoholranke seit 2003 ein Zugang, der über das selbstwertsteigernde gemeinsame Tätigsein eine wichtige Ergänzung bzw. auch Alternative zu einem klassischen Beratungs- oder Coachingsetting bietet:

„Das ist ein guter Zugang, weil wir so funktionieren, weil wir auch so sozialisiert sind, dass wir über Beschäftigung - über Beschäftigung sind wir etwas wert. Oder auch so einfache Dinge wie: Neben dem Arbeiten redet es sich auch leicht. Man packt da am Hof gemeinsam das Gemüse, was der Hofer

halt wegschmeißt aus und redet einfach so neben etwas tun. Man sitzt sich jetzt nicht so gegenüber wie wir zwei in so einem Setting, wo man weiß, da geht es jetzt nur ums Reden. Das schreckt ja viele Leute eigentlich auch ab: ich muss jetzt da ganz persönlich sein, ich muss mich da jetzt auspacken und sonst ist nichts, ich darf nicht einmal eine rauchen da herinnen, furchtbar oder? Und da steht man in dem Stall, packt Gurken aus, ärgert sich, dass die so blöd verpackt sind und kommt ins Gespräch und kommt dann irgendwann einmal dahin, dass ganz leicht Sachen herauskommen und besprochen werden, die man sonst gar nicht derformuliert. Das ist ein Spitzenmedium, so habe ich das halt erlebt.“ (Lama)

Die eigenen erlebten Unzulänglichkeiten, Begrenztheiten und das Scheitern bleiben dabei Bestandteil einer rehabilitativ ausgerichteten Neuorientierung, die etwas resilienter gegen die alkoholorientierte Frustbewältigung machen:

„Dass Scheitern nicht mehr Frust erzeugt, sondern dass Scheitern auch eine Erkenntnis ist, auf die man auch anders reagieren kann. Und das ist oftmals gelungen, ja, so muss man es sagen, gelingt immer wieder.“ (Lama)

3.6. Komorbidität – Komplexitätssteigerung, Aufweichung der „Leitsubstanz“

Substanzabhängigkeit weist eine hohe Komorbiditätsrate zu anderen psychischen Störungen auf. Die Leiterin der Alkoholnachsorge des PSP, des Psychosozialen Pflegedienstes in Innsbruck, der etwa 60 PatientInnen betreut, meint dazu:

„Also unsere Klienten haben Doppeldiagnosen, also die Diagnose Alkohol plus einer anderen psychischen Erkrankung. In seltenen Fällen - also es gibt schon Einzelfälle, wo jetzt nur die Alkoholerkrankung da ist, aber das sind wirklich Einzelfälle, spezialisiert sind wir schon auf diese Doppeldiagnose Alkohol plus psychische Erkrankung, das sind meistens Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, affektive Störungen.“ (PSP)

Aus dem Blick des Therapie- und Gesundheitszentrums Mutters mit seiner achtwöchigen stationären Entwöhnungsbehandlung wird neben dem polytoxikomanen Moment daher auch die psychiatrische Anforderung deutlicher:

„Natürlich haben wir auch Patienten, die im Moment, was heißt im Moment, in den letzten Jahren, eher zum Multiuser wurden und damit so die Abgrenzung nicht mehr ganz so klar ist. Also den reinen Alkoholabhängigen muss man suchen, kommt zwar immer wieder, aber sie konsumieren genauso Kokain oder Marihuana und Medikamente sowieso. Aber das verschwimmt eher. Und natürlich, eigentlich was mehr noch reinkommt, sind eigentlich wirklich die psychiatrischen Grunderkrankungen.“ (Therapiezentrum Mutters)

Gleichzeitig erhöht die Komorbidität die Gesamtbelastung und reduziert damit das Funktionsniveau der PatientInnen:

„Und das merken wir auch jetzt in den letzten Jahren, dass Psychiatriepatienten, die zu uns kommen und die Suchtpatienten, die zu uns kommen, kränker sind wie vor ein paar Jahren, also wesentlich multimorbider. Das kann man ganz klar sagen. Die sind also vielmehr komorbid, psychiatrische Grunderkrankung und in der Kombination und die haben zugenommen.“ (Therapiezentrum Mutters)

Komorbidität bezieht sich aber auch auf verschiedene Substanzgruppen, etwas das unter dem Kürzel Polytoxikomanie auf eine ausgeweitete Konsumlandschaft hinweist, wie eine AMS-Reha-Beraterin aus dem Oberland unter Bezug auf Medikamentenmissbrauch – in diesem Fall Benzodiazepine – kritisiert:

„Und natürlich: Medikamente. Also gerade Benzos, Benzo-Abhängigkeiten haben wir ganz viele, ganz viele, aber auch im jungen Kreis, also eher bei den jungen Erwachsenen. Da reden wir von Massen. Und im ländlichen Raum empfinde ich es, dass einfach mit dem Thema fahrlässiger umgegangen

wird, weil sich, glaube ich, gewisse Ärzte einfach da auch nicht mit der Thematik befassen, oder auch gar nicht sehen, was da eigentlich auch vielleicht passiert, wie der Weiterverkauf. (AMS)

Dass die Leitsubstanz über eine Zuordnung in die entsprechende Behandlungsstruktur entscheidet – nämlich entweder Alkohol oder illegale Drogen – wird zunehmend problematisiert. Aus der Wahrnehmung des AMS entsteht das bunte Konsumbild:

„Wobei die meisten jetzt bei mir, die meisten Kunden wenn, dann Mehrfach-süchte haben. Also es beschränkt sich nicht auf eine Substanz, sondern es geht dann durch die Palette.“ (AMS)

Die Leiterin der Suchtberatung Tirol – das Gegenstück zum BIN auf der Seite illegaler Substanzen - sieht das Verbindende, über die Substanzen hinweg:

„Wir haben mit Alkohol auch zu tun, bei uns ist die Leitdroge einfach aus dem illegalen Bereich. Leitdroge heißt einfach, das aktuelle akute Problem hat er eben mit einer illegalen Droge. Und natürlich haben wir ganz viele auch mit einem Alkoholkonsum noch. Wir teilen uns mit BIN auch die Beratungsstellen, also ich finde es ja nicht wichtig, für das Klientel ist ja der Träger dahinter nicht wichtig, sondern dass es eine möglichst klare, transparente Struktur gibt. (Suchtberatung Tirol)

Dieser Diskurs hat in den achtziger Jahren begonnen, wie die erste Drogenkoordinatorin des Landes Tirol aus den Achtzigerjahren berichtet:

„Es gab ja die erste Alkoholstation von der Psychiatrie Innsbruck in der Beda-Weber-Gasse in Pradl. Und das war immer die Diskussion da, die Junkies und die Alkis vertragen sich nicht, die kannst du nicht in eine Einrichtung tun. Wobei wir da in der landeseigenen Drogen- und Alkoholberatungsstelle kein Problem gehabt haben, wir haben beide Klientel betreut, und es hat nie Schlägereien oder sonst etwas gegeben. Aber es hat sich halt so ein Diskurs heraus differenziert, wo man gesagt hat, es ist gescheiter, man macht spezifische Einrichtungen und trennt das.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

Der Suchtkoordinator des Landes Tirol sieht aktuell eine Kohärenzentwicklung, wenn beispielsweise in der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz aus Auslastungsnot nun neben „Junkies“ auch „Alkis“ aufgenommen werden – etwas das zeigt, dass starre Abgrenzungen auf dieser Ebene wieder zu verschwimmen beginnen:

„In Maurach - das ist zwar aus der Not geboren, aber Maurach, glaube ich, läuft trotzdem nicht ganz schlecht muss ich sagen - wir nehmen nicht nur Leute mit illegalem Substanzproblem, sondern auch Alkoholproblem auf, also die nehmen jetzt beides seit gut eineinhalb Jahr an. Weil sie eben sonst nicht ausgelastet gewesen wären und zusperren hätten müssen und aus der

Not heraus sagen okay, machen wir das breiter. Aber aus der Not heraus, finde ich, ganz etwas Gutes entstanden ist. Und in den Beratungsstellen ist es so, dass wir schon den Versuch unternehmen die Eigenständigkeit der Vereine unangetastet zu lassen aber trotzdem eine sehr, sehr enge Kooperation zu finden. Und da finde ich, gibt es auch sehr gute Gespräche zwischen Christian Haring und mir, aber auch mit ASP und Z6. Dass man einfach sagt okay, es gibt unterschiedliche Schwerpunkte aber wir sind schon dabei, dass wir sagen, wir bilden sozusagen die Beratungslandschaft für Suchtprobleme in Tirol mit unterschiedlichen Schwerpunkten aber wir schauen, dass wir schon miteinander und dass es auch gemeinsame Fortbildungen gibt, dass auch eine Mitarbeiterin vom BIN auch bei der Angehörigengruppe der illegalen Substanzen als Co-Moderatorin dabei ist.“ (Suchtkoordinator)

Im Weiteren wird angedeutet, dass auch die Trägerschaften der Suchthilfe, bei aller Differenzierung, auf Ebene der Beratung zusammenwachsen können:

„Ich glaube dass da viel gerade an Bewegung drinnen ist zu schauen, wo gibt es einfach Ähnliches, wo ist das Suchtverhalten oder das was Menschen zum Suchtverhalten bringt, das ist ja ziemlich ähnlich, ob es jetzt eine illegale Substanz ist oder andere oder auch Verhalten. Und insofern schaut man schon wie die Basis, die es da gibt, wie man die gut nutzen kann, und trotzdem subkulturell differenziert und schaut, wie man halt dann die Leute erreichen kann. Aber ich glaube, dass da mittelfristig noch mehr an Kooperation und vielleicht, [...] gibt es auch [...] einmal eine gemeinsame Struktur, wo man sagt: ja, wir sind einfach Suchtberatung für alles, was in dem Zusammenhang dann anfällt.“ (Suchtkoordinator)

Der inhaltliche Leiter des BIN blickt ebenfalls über die Begrenzung seiner Beratungseinrichtung hinaus. Mit Bezug auf das Anton-Proksch-Institut in Wien wird eine Vollversorgungsstruktur und eine einheitlichen Trägerschaft für REHA und Beratung skizziert:

„Weil da wäre zum Beispiel wichtig, dass manchmal Personen, die in der Reha tätig sind, auch in der Beratung tätig wären, oder in der Nachsorge. Das wäre toll. Das wäre toll, also wenn wir jetzt alle TILAK-Angestellte wären, dann wäre das wahrscheinlich alles viel leichter, denke ich mir. Auch um den Leuten dann so eine Art, wie soll ich denn sagen, Identität zu geben, auch den Patienten. Weil die Patienten dann sagen, bin ich immer noch in der gleichen Einrichtung. In Wien ist es ja zum Beispiel so: das Anton-Proksch-Institut, die haben die Reha und machen auch die Beratungsstellen, auch institutionell und das hat natürlich eine Auswirkung. Dann hat man natürlich viel mehr Kommunikation, da trifft man sich natürlich auch mehr. Wir fahren schon immer, wir fahren immer wieder nach Mutters, ich bin andauernd irgendwo. Aber ein bisschen ein Schnitt ist immer da, wenn du von einer Stelle zur anderen wanderst.“ (BIN)

Angeregt ist diese Sicht aus der Perspektive des Zugangs für KlientInnen:

*„Naja. Ich denke jetzt einmal, wenn ich Patient wäre. Ich versuche mir das immer so vorzustellen, wie wenn ich Kunde wäre bei uns: was wäre mir dann am liebsten? Und ich denke mir, wenn das jetzt zum Beispiel im Sinne von: dort ist das Krankenhaus, da ist die Reha, dann haben die vielleicht so eine Ambulanz. Wir könnten genauso gut von denen eine Ambulanz sein zum Beispiel. Das wäre genauso möglich. Das ist nur die Frage - natürlich wieder neue Probleme ist ja klar, weil wir viel flexibler zum Beispiel sind, ganz eigenständig agieren. Keine Ahnung ob so etwas überhaupt lösbar wäre.“
(BIN)*

Die Einbettung der Suchtberatung in Form Psychosozialer Zentren erleichtert den Zugang für jene, die sich über den Zutritt nicht als suchtkrank nach außen zuordnen wollen. Von daher erinnert sich Herr Hannemann, der nicht nur in der Therapiestation Mutters wirkt, sondern auch langjährig im Vorstand des BIN war, an eine Intention, die Beratungsstellen örtlich zu bündeln. Gleichzeitig plädiert er für die Differenzierung in Form von Fachleuten entlang der Leitsubstanz:

„Ich denke es ist sinnvoll solche Zentren - wir haben ja immer gesagt wir machen psychosoziale Zentren, damit die Leute eine relativ niedrige Schwelle haben, um da hineinzugehen und nicht zu wissen, wenn ich da durch die Türe gehe, gehe ich in die Suchtberatung, sondern es könnte sein ich gehe eben einfach nur zum PSP oder sonst irgendwohin. Also dass die ganze Zuordnung nicht ganz klar ist. Ich fand das immer eine gute Geschichte. Ich finde es trotzdem wichtig, dass man verschiedene Fachleute dort sitzen hat und nicht alles jetzt da in dem Fall wieder über einen Kamm schert.“ (Therapiezentrum Mutters)

Anzumerken bleibt, dass der Verein BIN – aber auch die anderen Beratungsstellen – sich nicht nur als zentrale *Beratungsanlaufstelle* anbietet, sondern im Laufe der Jahre auch zu einer *Behandlungseinrichtung* geworden ist, in der Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie, Angehörigenarbeit und Nachsorge durchgeführt werden.

„Wir sind immer gewachsen, wenn wir gemerkt haben es ist mehr, dann sind wir auch gewachsen. Das ist immer so hin und her gegangen, so eine Feedbackschleife war das sozusagen. Wir sind immer größer geworden stundenmäßig.[...] Wir haben Gruppe, dann Einzel in verschiedenen Varianten, also im Sinne von Beratung, dann haben wir so eine Einzelnachsorge eben parallel zur Gruppe, wo wir auch einen Reha-Antrag machen müssen über das Land. Und Psychotherapie haben wir auch. Das sind die Einzelsettings, oder halt mit Partner oder wer halt immer dann dabei ist, ...“ (BIN)

„Es hat einmal eine Mitarbeiterin ausgerechnet: maximal braucht man 37 min bis zur nächsten BIN-Beratungsstelle; das hat etwas, flächendeckend, gemeindenah, beim Bereich des Patienten. Und da haben wir dann 2, 3 Fi-

finanzierungsschienen dorthin: Das eine ist die Subvention, d.h. niederschwellig, der Patient braucht nicht sagen, wie er heißt. Dann können wir ihn dahingehend beraten, dass wir sagen okay, wir machen mit ihnen eine Einzel-Reha, oder wir machen mit ihnen eine Gruppen-Reha. Das wird über die Reha-Abteilung finanziert. Da sitzen jetzt schon Menschen drinnen, die beruflich integriert sind usw., wird aber über Reha finanziert. Und dann besteht noch die Möglichkeit über die Sozialversicherungen; in der Zwischenzeit haben wir das auch, dass wir Psychotherapie anbieten können. 100.000 € pro Jahr, also momentan haben wir das für uns noch gar nicht auserschöpft, weil wir das Personal auch gar nicht so haben und so.“ (Prim. Haring)

Von daher entsteht eine Perspektive auf eine mögliche Weiterentwicklung, wie Primar Schmidt, mit Bezug auf seine Erfahrungen in Bayern, ausführt:

„Die habe ich in Bayern auch umgetauft, die hießen psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen, weil die das tun. Aber das ist richtig, das gesamte Selbstverständnis der Beratungsstellen in Tirol geht so nicht, die betrachten sich als Beratungsstellen. Was aber für eine Vollversorgung nicht reicht.“ (Prim. Schmidt)

4. Begriffsdimensionierungen

Nach dem Versuch die Behandlungsansätze in ihrer Genese etwas zu beleuchten, ist es sinnvoll, etwas näher auf die verwendeten Begrifflichkeiten und Phänomene im Feld der Suchthilfe einzugehen, da sich im Laufe des Forschungsprozesses heraus gestellt hat, dass hier erhebliche Widersprüchlichkeiten erlebt werden.

Ausgehend vom Studientitel „Berufsintegration“ verbindet sich mit „Beruf“ unmittelbar der erste Arbeitsmarkt, wo man in einem Beruf tätig ist. Die Handlungsfelder der Suchthilfe, die in dieser Studie beleuchtet werden, finden sich aber nicht nur dort, sondern wesentlich auch jenseits dieses ersten Arbeitsmarktes, etwa wo es um Beschäftigung, basale Tagesstruktur, Sinnstiftung, Werterleben und soziale Teilhabe geht. Dies wurde im vorigen Kapitel bereits anhand der niederschweligen Projekte Abrakadabra und Lama angerissen. Mit Beruf bleibt das Bild einer vollständigen Rehabilitation verbunden, dass jemand einen gelernten Beruf auch so ausüben kann.

Im Feld der Tiroler Suchthilfe ist jedoch vielfach die Rede von Beschäftigung, die jetzt noch gar nicht diesen direkten Berufsbezug hat. Und das hängt nicht nur, aber oft damit zusammen, dass multiple Problemlagen zusammen treffen:

- geringe oder fehlende formale Berufsqualifikationen
- gravierende physische und psychische Komorbidität
- ein stark gewandelter erster Arbeitsmarkt und eine größere Distanz der betroffenen Personen zu diesem.

An dieser Stelle bleibt man schnell stecken, mitten in Begriffsverwirrungen, wo im Laufe des Forschungsprozesses klar wurde, dass die verwendeten Begrifflichkeiten für die beteiligten Akteure und Gebietskörperschaften nicht selbstverständlich das Gleiche bedeuten. Dass also überhaupt auch so zentrale Begriffe bzw. Konstrukte wie Rehabilitation, gesund/krank, Mißbrauch/Abhängigkeit oder Arbeitsfähigkeit alles andere wie präzise sind oder kongruent verwendet werden. Damit taugen sie auch nicht so ohne weiteres zur guten – oder auch nur nicht-misshverständlichen – Verständigung im interinstitutionellen, fachlich segmentierten und interdisziplinären Geschehen.

Christian Haring, Primar des Psychiatrischen Krankenhauses Hall mit Drogen- und Alkoholstation sowie Obmann des Vereins BIN dazu:

„In der Abteilung 3 war ich ab 1990, dann kann man sagen jetzt 24 Jahre mit dem Thema Abhängigkeit beschäftigt und auch die Zeit beschäftigt mit Begriffen oder umgeben von Begriffen wie Therapie, Begleitung, Beratung, Rehabilitation usw. Und ich kann mich erinnern, das ist jetzt vielleicht ein paar Jahre her, da sind wir zusammen gesessen und haben geredet über ambu-

lante Betreuung und auf einmal haben wir gemerkt, wir haben unterschiedliche Begriffe, was Ambulanz überhaupt bedeutet. Also es ist nicht so, dass, wenn man sich mit irgendetwas beschäftigt, dass eine Einigkeit besteht darüber, was denn die Dinge überhaupt sind.“ (Prim. Haring)

4.1. Arbeitsfähigkeit – attestiert aber nicht realisierbar

Aus der BeraterInnensicht im AMS erweitert sich die Begriffsunschärfe am Konstrukt „Arbeitsfähigkeit“:

„Das AMS schickt in die PV zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit. Das Ergebnis ist immer das Gleiche: es gibt einen Bescheid, an den sich alle zu halten haben. Das ist so vereinbart. Und das AMS muss das akzeptieren. Und da stehen wir jetzt – um das auf den Punkt zu bringen – dass man sagt, zwar arbeitsfähig laut PV, ASVG aber nicht vermittlungsfähig noch.“ Und: „Zur Arbeitsfähigkeit gibt es massive Diskussionen innerhalb von den Mitarbeiterinnen auch und über die Abteilungsleiterin auch.“ (AMS)

Und in der RGS Innsbruck, mit der Konkretisierung im Thema Alkohol bei der REHA-Beratung, endet die Nachvollziehbarkeit dann an einem Klassiker:

„Unsere wirklich Alkoholkranken, schwer alkoholkranken Personen, haben wir auch zu unseren Amtsärzten geschickt. Wir haben ja Verträge mit Amtsärzten, Psychiatern unter anderem auch. Und da haben wir einen Klassiker gehabt, der ist in die Klinik gekommen mit 4,6 Promille. Und den haben wir eben zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit hingeschickt, war für uns klar, so einer, mit der Alkoholabhängigkeit ist ja nicht arbeitsfähig. Der ist arbeitsfähig erklärt worden und in der Anamnese steht eben drinnen, er trinkt täglich 4-6 Bier! Gelegentlich noch einen Schnaps. Dann habe ich den Doktor schon angerufen und habe gesagt, Sie, und Sie glauben das? Wenn jemand sagt, er trinkt 4-6 Bier am Tag und gelegentlich einen Schnaps und der sitzt vor ihnen, ich weiß nicht wie lange, 20 min, und sie erkennen das nicht, habe ich gesagt? Seien Sie mir nicht böse! Ja was ich mir erlaube. Dann habe ich gesagt, ja weil es für mich einfach unverständlich ist.“ (AMS)

Die gewünschte Differenziertheit bei psychischen Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen was die Arbeitsfähigkeit anlangt, wird in den Feststellungen der Gesundheitsstraße/Kompetenzzentrum der PVA vermisst.

„Also viele Fälle, die zurückgeschickt werden: gesund, arbeitsfähig. Es fehlt so eine Zwischenmaßnahme, wir haben die Gesundheitsstraße jetzt für uns als niederschwelligstes. Und dann sind wir aber schon im Reha Programm drin, vom BBRZ aus, also in diesem Instrumentarium das wir haben. Aber

jetzt gerade für Suchtkranke oder auch für psychisch Kranke, diese Zwischenstufe fehlt. Weil die Gesundheitsstraße bewertet oder befundet meiner Meinung nach körperliche Gebrechen gut, aber psychische Gebrechen ist eher, dass es jetzt zurückgeschickt wird als gesund.“ (AMS)

Die amtlich attestierte Arbeitsfähigkeit begründet damit etwas stark Missverständliches: So wichtig Arbeit als rehabilitatives Element bleibt, so destruktiv kann die undifferenzierte, insel-sichthafte amtliche Verschreibung wirken, wie die Leiterin des WAMS ausführt, wenn volle Arbeitswilligkeit und -motivation bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit zur Exklusion führen:

„Oder ich bin arbeitsfähig. Und das ist ein Schmarren, weil das den Menschen nicht gerecht wird. Und das stimmt einfach nicht: wir haben Personen, die sind wirklich teilleistungsfähig und teilarbeitsfähig. Und ich erlebe es oft auch in der täglichen Zusammenarbeit mit dem AMS: ich meine, das AMS schickt sie zur PVA zur Arbeitsfähigkeitsabklärung. Ich habe gerade letzte Woche eine Erfahrung, auf jeden Fall kommen über 80 % zurück mit dieser Diagnose „arbeitsfähig“. Das AMS hat dann diese Klienten und weiß ganz genau, arbeitsfähig? Ich meine, die brauchen es nicht probieren, auf den ersten Arbeitsmarkt irgendwo unterzubringen. Dann kommen Sie zu uns. Wir sehen dann die Gutachten zum Teil von der PVA: das ist haarsträubend! Wo dann drinnen steht, also nein, ich weiß nicht, wir bräuchten in Innsbruck, das ist der Klassiker, 200 Jobs an der Kinokasse. Weil das steht dann als Beispiel drinnen, das ist ein Arbeitsfeld, das für diese Person gut machbar ist. Bitte! Also über solche Sachen muss ich mich wirklich ärgern, weil das auch den Menschen gegenüber wirklich eine Frechheit ist und auch ein Nicht-ernstnehmen von ihrer Situation. Die sind zum Teil – die wollen arbeiten, die können bis zu einem gewissen Grad arbeiten. Aber die sind nicht arbeitsfähig im Sinne von Belastbarkeit. Und das denke ich, ist ein großes Problem für eine zunehmend größere Personengruppe. Und trifft natürlich Suchtklienten im speziellen noch einmal.“ (WAMS)

Wenn sich also eine „Fähigkeit“, nämlich teilarbeitsfähig/teilbelastbar, im Weiteren - fast symptomatisch für Betroffene – in eine defizitorientierte Perspektivlosigkeit verkehrt, wie es eine AMS-Beraterin aus ihrer täglichen Beratungsarbeit kennt:

„Weil die Leute auch sagen, wenn ich wenigstens Teilzeit arbeiten gehen könnte, ginge es mir gesundheitlich einfach viel besser, weil ich eine Aufgabe habe, keine die mich überfordert. Aber es gibt halt keine Zuzahlung. Das gibt es einfach nicht und das ist ungut. Das ist auch das Kriterium für die PVA: wenn jemand nur die Hälfte vom normalen, gesunden Arbeitsplatz ausfüllen kann, dann muss er arbeiten gehen und wenn er drunter liegt, dann nicht. Aber es fragt kein Mensch, ob er mit der Hälfte leben kann. Und das ist eigentlich eine unguete Situation und auch wünschenswert, dass sich da etwas

verändert, auf alle Fälle. Also da habe ich sicher viele Kunden, wenn die existenziell überleben könnten mit einem Teilzeitjob, dann täten sie ihn annehmen.“ (AMS)

Im AMS gab es eine Begriffs- und Bedeutungsverschiebung von Ende 2011 auf 2012, die Definitionsänderung von langzeitbeschäftigungslos auf arbeitsmarktferne Personen. Bei den gut 2.000 opiatabhängigen SuchtpatientInnen, in Tirol etwa zur Hälfte im Substitutionsprogramm, kam es damit zu einer stark verkürzten Vormerkdauervoraussetzung. Was als Effekt verstärkt Substitutionsklienten Richtung SÖB's befördert hat. Dabei wurde deutlich, was den Betroffenen mehrheitlich fehlt, nämlich ein flexibles Element des Arbeitstrainings im – hierarchisch gedacht – dritten Arbeitsmarkt, da die Mehrheit der Substitutionsklienten, u.a. auch aufgrund des Beikonsums, die Voraussetzungen für einen Transitarbeitsplatz in einem SÖB nicht mitbringen konnten, wie die Leiterin des WAMS anhand der Zahlen belegt:

„Wir haben 2012, 2013 ungefähr 70 % der Dienstverhältnisse mit Personen in Substitution schon während der Abklärungsphase von zwei Monaten beendet oder beenden müssen. Und da, denke ich mir, kommt etwas Wichtiges in Spiel: da sind wir zu hochschwellig. Also auch wenn die nur 20 h arbeiten. Trotzdem wird man bei uns natürlich nicht gleich im Probemonat beendet, wenn man einmal einen Tag unentschuldigt fern bleibt oder so. Aber sozusagen das sind schon solche Hürden für Leute, die nicht stabil in Substitution sind, überhaupt regelmäßig zum Arbeitsplatz zu kommen. Das ist sehr brüchig und dann sind sie natürlich auch nicht in der Lage so ganz banale Dinge zu tun, wie sich eine Krankmeldung zu organisieren und beim Betrieb anrufen, ich bin krank und komme nicht und so. Und insofern denke ich, dass es da etwas dazwischen bräuchte, zwischen dem Abrakadabra [4. Arbeitsmarkt] und den Sozialökonomischen Betrieben, wo man sozusagen ein bisschen an dieses Wieder-arbeiten herangeführt wird. Im Sinne eines Arbeitstrainings, das schon eine Konstanz hat, aber ein Stück weit flexibler ist und wo ich dann einfach Zeit habe, diese Fähigkeiten zu lernen und erst dann sozusagen in die nächste Stufe, nämlich Transitarbeitsplatz, wechseln kann.“ (WAMS)

4.2. Sucht als chronische Erkrankung – Langzeiterfordernis für Begleitung

An dieser erscheint es hilfreich, auf Suchterkrankung phänomenologisch etwas näher einzugehen.

Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine chronische Erkrankung, die im Verlauf zu Funktionseinschränkungen und Teilhabestörungen führt und damit in der Regel berufliche

Konsequenzen nach sich zieht.⁵ Der Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Arbeitslosigkeit ist intensiv.

Aber was heißt chronische Suchterkrankung in der Alltagspraxis? Dazu existiert sehr hartnäckig ein gesellschaftliches Missverständnis, das nachhaltig wirkt: wenn wer nicht mehr konsumiert, dann ist er oder sie gesund oder hat keine Suchterkrankung. Was ja so nicht unbedingt tatsächlich etwas sehr Treffendes im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen ist. Das Chronische, im Sinne einer latenten Schwäche, einer latenten Einschränkung der Leistungsfähigkeit liegt stets bereit: insbesondere was die Belastbarkeit, Einbrüche, die Fragilität, die Kränkungs-bereitschaft, die herabgesetzte Frustrationstoleranz betrifft.

Aus der Erfahrung der Suchthilfeeinrichtungen wird deutlich gemacht, dass zwar bei allen beteiligten Instanzen ein Bewusstsein für die Chronizität vorhanden ist. Strukturell schlägt sich die Erkenntnis aber noch nicht in dem Ausmaß nieder, wie es nötig wäre, um tatsächlich diesem „längeren Weg“ über einen stabilen Behandlungspfad gerecht zu werden:

„Dass es ein längerer Weg ist. Und das ist das, was sowohl beim AMS als auch im Reha-Bereich vom Land einfach als Bewusstsein zwar da ist, aber strukturell noch nicht mitgewachsen ist. Jahrzehntelang hat man gesagt okay, es gibt einen gewissen Zeitraum und dann muss das Thema abgeschlossen sein, und dann muss es wieder funktionieren. Und inzwischen wissen eigentlich fast alle, dass das nicht so funktioniert. Die entsprechenden Förderungen und Maßnahmen werden aber dem nach wie vor nicht gerecht. Sondern die hängen immer noch im alten Denken drin. Das ist aber im Land beim Reha das gleiche.“ (Emmaus)

Die Wandelbarkeit des pathologischen Suchtverhaltens in eine weniger selbstschädigende, konstruktivere Form bleibe demnach lernbar; diese Entwicklung vollzieht sich für zu viele KlientInnen aber offensichtlich nicht in der stetigen Form eines körperlichen Entzugs und eines anschließenden mehrmonatigen Therapieprogramms, sondern über die kontinuierliche Bearbeitung von Lebenserfahrungen im Auf und Ab des Alltags. Daher bleibt die Mahnung aus Perspektive der abstinenzorientierten Einrichtung Emmaus, sich dieses Zeitfaktors innerhalb des Hilfesystems angemessen bewusst zu bleiben:

„Weil wir ja sehen, dass das eine jahrelange Geschichte ist. Der Erwerb von Know-how im Umgang mit der eigenen Suchterkrankung und eine Form der Genesung, ich würde jetzt nicht sagen Heilung, aber Form der Genesung und es Umgangs ist lernbar und das passiert auch. Aber das ist eine Geschichte, die lange geht und das funktioniert nur, wenn das Hilfesystem auch sich dessen bewusst ist.“ (Emmaus)

⁵ Z.B: Lindenmeyer, J. (2009). Abhängigkeitserkrankungen - Alkoholismus. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis (S. 348–368). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Aus der Perspektive des Reha-Beschäftigungsprojekts „Lama“, mit Blick auf Langzeitentwicklungen bei Alkoholkranken, entsteht ein interessanter Einwand, nämlich das Verständnis der Chronizität nicht notwendigerweise mit einer chronischen Pathologisierung gleichzusetzen, also in einem verkürzenden „Krankheitsverständnis“ Potenziale Betroffener abzuwerten und auszublenden. Damit würden indirekt wieder Hürden aufgebaut, die nicht zuletzt den Zugang zu Beschäftigung bzw. die Integration ins Beschäftigungssystem erschweren:

*„Das ist grundsätzlich eine Krankheit, die eine Spur weit glaube ich schon immer - also wenn man ein Suchtpotenzial hat, dann hat man das. Und mit dem kann man umgehen oder nicht umgehen, oder es geht leichter oder schwerer. Und von dem her würde ich sagen das Potenzial ist trotzdem da, auch in trockenen Phasen oder in der trockenen Zeit, die kann ja auch immerwährend sein. Das kann auch sein, dass jemand 30 Jahre mit dem kein Ding mehr hat. Aber ich meine, ja, nachdem krank letztlich doch eher etwas Abwertendes hat, muss man jetzt nicht einen nichttrinkenden Menschen, der einmal ein Problem damit gehabt hat als krank bezeichnen. Also aus diesen Diktionen heraus würde ich mich wehren dagegen. Aus der Erfahrung heraus weiß ich, dass das Potenzial einfach da ist und lang da ist, auch nach langen abstinenter Phasen Situationen im Leben geschehen können, die das auch wieder hervorrufen das Verhalten einfach auch. Es geht um Verhalten, Alkohol ist zuerst einmal ganz lang ein Verhalten bis es zur Krankheit wird.“
(Lama)*

Auf das Zusammenspiel der Beratungs- und Betreuungseinrichtungen haben all diese Erfordernisse Konsequenzen, wie der Vorsitzende des Tiroler Suchtbeirats und Leiter der Entzugstation B3 in Hall, Ekkehard Madlung, beschreibt:

„Eben weil Sucht eine chronische Erkrankung ist, d.h. das sind ganz viele Leute, geht über viele Jahre mit unterschiedlichen Einrichtungen und das ist ja nicht immer gleichförmig. Sondern das verläuft in unterschiedlichen Episoden diese Suchterkrankung. Und manchmal braucht es halt eine stationäre Behandlung, manchmal braucht es eine lockere ambulante, manchmal braucht es eine ganz engmaschig ambulante, manchmal braucht es Medikamente, manchmal braucht es psychosoziale Unterstützung.“ (OA Dr. Madlung)

Hier wird eine Inkonsistenz in Tirol störend wahrgenommen, die durch zahlreiche Aussagen belegt ist. Diese zeigen, dass vielfach weder die spezifischen Maßnahmen – insbesondere im Bereich der Beschäftigung – noch die übergeordnete Konstruktion der Trägerschaften bzw. deren Politik dem Anspruch einer nachhaltigen, längerfristigen Begleitung und Nachsorge zufriedenstellend gerecht werden können. Unter dem Kürzel „Zuständigkeits- und Kooperationsdilemma“ lässt sich das eher holprige Nebeneinander von PVA, TGKK, Land Tirol, AMS und SMS beschreiben.

Aber auch auf Ebene der Einrichtungen gibt es hier Entwicklungsbedarf; dazu noch einmal Ekkehard Madlung:

„Und das kann natürlich nur funktionieren, wenn man erstens untereinander Kontakt hat und dann auch über den Zeitverlauf irgendwie, dass man weiß was vor fünf Jahren gewesen ist, also da braucht es irgendwie auch die Kontinuität. Die gibt es zu wenig! [...] Die Kontinuität gibt es zu wenig, weil man das, ich würde jetzt einmal behaupten, zu wenig ernst genommen hat. Und weil es natürlich schon auch sehr aufwändig ist und die Ressourcen irgendwie eng sind und weil man eh wenig Zeit hat.“ (OA Dr. Madlung)

4.3. Prävalenz – Problematisierung von Missbrauch vs. Abhängigkeit

Zunächst ein kurzer Blick auf Prävalenzzahlen, Kostenfaktoren, psychosoziale Folgen und Komorbidität.

Neben der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) werden Prävalenzschätzungen auch internationaler, unter Einbezug von Studien aus den USA und weiteren Ländern z.B. in systematischen Reviews vorgenommen. Die 12-Monatsprävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit werden dabei auf etwa 10 % geschätzt. Die Alkoholabhängigkeit alleine wird mit 4 % beziffert. Der Missbrauch und die Abhängigkeit von illegalen Drogen wird auf 5 % geschätzt, Abhängigkeit allein gesehen kommt auf 1-3 %. ⁶

Wittchen & Jacobi (2005) ⁷ aktualisieren in ihrem Review europäischer Studien zur Prävalenz psychischer Störungen eine 12-Monatsprävalenz für Alkoholabhängigkeit von bis zu 6,6 % und für die Abhängigkeit von illegalen Drogen von bis zu 2,2 %.

Hilfreich erscheint hier der Einwand des inhaltlichen Leiters des BIN, der zentralen Beratungsanstalt für Alkohol in Tirol, der auf eine Bedeutungsverschiebung einer Begrifflichkeit hinweist:

„Jetzt zum Beispiel im neuen Diagnostik Manual ist es ja schon wieder anders drinnen, im DSM-V. Da gibt es jetzt dieses Kontinuum mehr oder weniger, was wir immer schon gesagt haben, weil das merkst du, das gibt es nicht den Abhängigen. Da gibt es 0-100, der eine ist bei zehn und der andere ist schon bei 99. Da gibt es Riesenunterschiede, und da willst du jedem gerecht werden. Und die Einteilung nur in zwei Sachen, Missbrauch und Abhängigkeit,

⁶ Sussman, S., Lisha, N. & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, 34 (1), 3–56.

⁷ Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–376.

das ist ja ein totaler Blödsinn. Daraus ergibt sich gewaltig viel für die Therapie auch. Tatsache ist nämlich, dass du den Missbraucher im Kontinuum behandeln musst und nicht sagen, der macht jetzt nur Missbrauch, das ist noch kein Abhängiger, wobei das gar nicht stimmt, weil der einfach schon ein bisschen abhängig ist, der hat schon eine klitzekleine Abhängigkeit, der ist schon auf dem Weg, der ist unterwegs zum Abgrund. Und dem kann man mit vielen Dingen weit besser gerecht werden. Da gibt es ja ganz viele Therapieansätze, die von Amerika größtenteils kommen, ob es jetzt Motivational-interviewing ist oder Linnehan ist auch super gut, die Borderline-Geschichte, das ist auch eine ganz wichtige Sache, weil so wie die Borderliner behandeln, so kann man nämlich wahnsinnig gut auch die Alkoholkranken behandeln, das hat eine riesige Ähnlichkeit offensichtlich. Weil das auch sozusagen in einer gewissen Weise instabile Persönlichkeiten sind und das hat sehr viel Ähnlichkeit auch.“ (BIN)

Damit wird eine Begriffsschärfung des Abhängigkeitskonzepts angeregt und im weiteren eine Adaptierung der Interventionsstrukturen und -prozesse. Das Stichwort *Kontinuum* verweist dabei auf die zeitliche Nachhaltigkeit eines differenzierten Interventionsbedarfs, der in Tirol noch zu systematisieren ist. Mit der im DSM-V verwendeten Begrifflichkeit „Substanzgebrauchsstörung“ wird auf der anderen Seite die Wichtigkeit einer frühzeitigen ersten Intervention betont.

In Tirol spielen mit Blick auf die Versorgung und die dabei feststellbare Konzentration von Behandlungs- und Betreuungsangeboten im Zentralraum Innsbruck sowohl die geografischen Gegebenheiten an sich als auch der intensive Tourismus in den Seitentälern des Inntals eine besondere Rolle. Die Verdichtung der Suchtproblematik in den intensivtouristischen Seitentälern wird von den ExpertInnen, sowohl aus Beratungssicht beim AMS als auch aus der Suchthilfe, eindeutig berichtet. Allgemeine Prävalenzschätzungen erhalten so einen wichtigen regionalen Korrekturbezug aus der Praxiswahrnehmung, insbesondere aus dem Tourismuslastigen Oberland, in dem es traditionell am wenigsten erreichbare Angebote für das potenzielle Klientel gibt.

Dazu einige Wahrnehmungen aus der Praxis:

„Also diese nassen Täler wie wir sagen, Ötztal, Pitztal, Zillertal, natürlich Arlberggebiet, da wo halt wirklich Hochpreistourismus und starker Umsatz und starker Wechsel und Stress pur und eben alles in einer kurzen Zeit passieren muss, und das ist halt für die Mitarbeiter sehr belastend. [...] Und dann irgendwo in irgendeinem Tal ganz hinten, wo ich dann keine Struktur habe, nur die Kollegen habe. Und dann ständig mit dem Alkohol konfrontiert zu sein, weil die Gäste natürlich einen drauf machen. Aber man ist eben 24 h oder ein ganzes Jahr damit beschäftigt!““ (Therapiestation Mutters)

„Wenn ich das jetzt pauschalisieren darf, ich kenne kaum einen Koch zum Beispiel, einen Saisonskoch, der nicht Alkoholiker ist. So hart würde ich es sagen; aus den Tourismushochburgen. Ich meine, der hat eine Wintersaison, [...], da gibt es keine Wochenenden, da gibt es auch selten wirkliche Feierabende.“ (AMS)

„Also das merkt man bei den Anfragen die da sind, wenn man sich so den Werdegang unserer Klienten anschaut, da kommen sehr viele aus dem Gastgewerbe, Koch, Kellner, das fällt mir immer wieder auf. [...] Und das kann ich schon sagen, dass da - ich würde jetzt sagen bei ca. 30, 40 Prozent jetzt geschätzt, die kommen wirklich aus dem Gastgewerbe. Und viele - da ist der Zuzug nach Innsbruck auch ein großes Thema. Die da in den Tälern waren und irgendwann wenn Job verloren und so, dann geht man in die Stadt, schaut man wie es da weiter geht und da docken sie dann eher im Hilfesystem an.“ (WAMS)

Nicht außer Acht lassen darf man den Bias, also einen systematischen Effekt dieser Wahrnehmungen im Tourismus: Der Sektor bietet auf der anderen Seite gerade suchtbehafteten Personen gerne niederschwellige Einstiege, sodass sich mit der Zeit hier sozusagen Konzentrationen verstärken. Beobachtet wird auch, dass der Zuzug von Gastgewerbekräften aus anderen Ländern auch schon vorbestehende Abhängigkeitsproblematiken importiert und weiter verdichtet. Angeregt wurde mehrfach eine verantwortungsvollere Arbeitnehmerschutzpolitik mit Vergleich zum Baugewerbe. Durch die intensivere Technisierung in den letzten Jahrzehnten wurde dort rigoros auf Abstinenz – zumindest am Arbeitsplatz – umgestellt, nicht zuletzt, da die Bedrohung durch den riskanten Wegfall des Haftungsprivilegs für Unternehmer bei grober Fahrlässigkeit Wirkung zeigte.

Noch eine konkrete Wahrnehmung zur Erreichungsquote: In Osttirol mit knapp 50.000 Einwohnern, werden im Jahr etwa 100 alkoholabhängige Personen an der psychiatrischen Abteilung vorstellig, also 0,2 % der Bevölkerung. Davon befinden sich die Hälfte im Arbeitsprozess, die andere Hälfte – z.T. auch schon lange – nicht mehr. Interessant ist folgende Beobachtung innerhalb des stationären Behandlungssystems:

„So dass viele Patienten, das ist auch bekannt, gar nicht kommen, sondern zu den Internisten gehen und sagen, da steht erstens schon mal oben auf dem Briefkopf Innere Abteilung. Und da die das nicht abrechnen können, rechnen die unter anderen Diagnosen ab und damit sind sie im System unauffällig. Das ist ein ganz ein interessantes Verhalten, was sich seitens der Ärzte und seitens der Patienten entwickelt hat.“

Ich bin auch gar nicht so undankbar da um diese Entwicklung, weil wir das Kapazitätsmäßig gar nicht schaffen würden. Wenn wir sämtliche Alkoholabhängige, die hier im Jahr pro Jahr behandelt werden, hätten, bräuchten wir mindestens eine Extrastation. Und das haben wir nicht.“ (Prim. Schmidt)

4.4. Kostenfaktoren – Kostenverteilung und der fehlende Teilkrankenstand

Neben erheblichem individuellem Leid und den zwischenmenschlichen Verwerfungen machen sich Störungen durch Alkohol und illegale Drogen volkswirtschaftlich vor allem über Kosten durch Produktivitätsausfall (Konnopka & König, 2007)⁸ bemerkbar.

Zu unterscheiden sind:

- direkte Kosten wie etwa durch die Behandlung von Krankheiten über Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens
- indirekte Kosten in Form volkswirtschaftlicher Ressourcenverluste durch Produktivitätsausfall, Invalidität, Kriminalität, vorzeitigen Tod,
- intangible Kosten wie vor allem die Einschränkungen der Lebensqualität.

Die dem Alkoholkonsum zuzuordnenden volkswirtschaftlichen Kosten werden in Deutschland mit 1,16 % des Deutschen BIP bzw. 296 €/Einwohner beziffert (24 Mrd).

Wesentlich für die Betrachtung der Achse „Berufsintegration“ bleibt, dass die indirekten Kosten, die sich entscheidend auf Produktivitätsverluste und damit auf den Arbeitsmarkt beziehen, den größten Anteil ausmachen, in Deutschland z.B. (s.o.): Mortalität 11 Mrd. €, Arbeitsunfähigkeit 2,7 Mrd. €, Frühberentung 2,2 Mrd. €. In der EU ist Alkohol mitverursachend häufigste Todesursache bei jungen Männern.

Auf der Seite der direkten Kosten im Gesundheits- und Sozialbereich wäre volkswirtschaftlich gesehen noch etwas Entscheidendes umzusetzen. So fällt neben dem holprigen Nebeneinander der Gebietskörperschaften/Geldtöpfe vor allem auch das Fehlen einer gesetzlichen Normierung auf, die den beruflichen Wiedereinstieg wesentlich fördern und geschmeidiger machen könnte: der *Teilkrankenstand*, den es beispielsweise in Deutschland und der Schweiz gibt. Dieser würde wesentlich mithelfen, die unsinnige, weil unflexible Dichotomie von entweder „krank“ oder „gesund“, die ein dynamisch gestuftes Zurückkommen auf den Arbeitsplatz ungemein erschwert, zu überwinden.

Dass dies nicht nur für Suchterkrankungen ein wichtiger gesundheitspolitischer Ansatz ist verdeutlicht das Statement des Leiters der arbeits- und sozialrechtlichen Abteilung der WK Tirol, Bernd Achatz, in der Fokusrunde „Arbeitsmarkt & Wirtschaft“:

„Und da geht es nicht nur um das Thema Suchterkrankung, sondern da reden wir um Integration und Reintegration von Personen, die eine Krebserkrankung gehabt haben oder haben, die eine psychische Erkrankung gehabt haben, die aus einer reinen Bandscheibenproblematik oder was auch immer einfach länger aus dem Erwerbsleben herausfallen. Und da wissen wir, eben

⁸ Konnopka, A. & König, H.-H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmaco Economics*, 25 (7), 605–618

auch aufgrund unseres Projektes "Gesundes Arbeiten", dass auch die Arbeitsmediziner sehr daran interessiert wären, da das Thema Teilkrankenstand auch gesetzlich umzusetzen.“ (WK)

Von Seiten der Wirtschaft wurde dazu ein Vorstoß gemacht. Die Beurteilung und Entscheidung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erfolgt demnach durch die Krankenkassenkontrollärzte.

„Wir haben im März ein Projekt österreichweit an ÖGB und AK übergeben, wie wir uns eine gesetzliche Umsetzung eines Teilkrankenstandes auch vorstellen. Also es gibt hier ein ausgearbeitetes Konzept, wie man so etwas umsetzen kann. Es war - um das nur jetzt in drei Sätzen zu sagen: es geht letztlich darum, nicht den praktischen Arzt oder den Facharzt dann letztlich vor die Problematik zu stellen, wie viel Teil ist er arbeitsfähig und wie viel nicht. Sondern das hätten wir dann letztlich den Gebietskrankenkasse-Kontrollärzten bzw. diesen Ärzten übergeben, hier eine letzte Entscheidung zu treffen, um das Verhältnis Patient-Arzt zu entkrampfen.“ (WK)

Da eine konsistente Beurteilung bei SuchtpatientInnen eine profunde Kenntnis des biopsychosozialen Gesamtzusammenhangs erfordert, entstehen hier in weiterer Konsequenz beachtliche Anforderungen im Sinn des Ziels einer validen Einschätzung und Prognostik, die erst noch fachlich zu verankern sein werden, wenn man die Rückmeldungen zur Treffsicherheit der Einschätzungen im Rahmen der PV-Begutachtungen berücksichtigt:

„Bei uns ist die einzige Möglichkeit halt dann zwangszubeglücken, den ins Kompetenzzentrum der PVA schicken, wo die Leute dann natürlich allseits orientiert, wach usw. also voll arbeitsfähig sind (lacht). Ja, und wo ich mir dann denke, na hurra! (lacht) Am besten ich schick ihn zur IVB als Busfahrer! Zahlen wir ihm einen D-Führerschein (lacht).“ (AMS)

Implizit wird mit dem Teilkrankenstand ein zweites Thema mitberührt, die Teilarbeitsfähigkeit, die bei Komorbidität und Chronizität eine besonders wichtige Entlastung bzw. Perspektive für Betroffene für eine Berufsintegration bieten könnte. Die beiden Thematiken erscheinen verknüpft:

„Und wenn wir es eigentlich heute noch nicht schaffen hier eine entsprechende Differenziertheit vorzunehmen um tatsächlich die Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsfähigkeit festzustellen, ist es noch viel schwerer das Ganze dann letztlich in eine Teilarbeitsfähigkeit zu bringen.“ (WK)

So wird beim AMS aktuell „chronisch“ das Dilemma hinsichtlich der faktischen Teilarbeitsfähigkeit erlebt:

„Weil, ich meine ich habe gestern erst gerade wieder einen gehabt, der auch selber sagt, schafft im Augenblick keine 20 Stunden. Und das Problem ist: für Pension ist er zu gut, für die Arbeit ist er zu schlecht.“ (AMS)

„Weil ich einen Suchtkranken im Genesungsprozess vielleicht sogar motivieren könnte, dass er 10 Stunden arbeiten geht, 15 Stunden, 20 Stunden, aber er kann nicht überleben am Schluss, das geht nicht. Da bleiben sie halt lieber beim AMS.“ (AMS)

Eine Lösung muss entsprechend qualifiziert sein und auch so wahrgenommen werden, um den Bedenken Rechnung zu tragen, über den Teilkrankenstand unter Umständen paradoxe Wirkung zu entfalten und MitarbeiterInnen noch stärker unter Druck zu setzen und nicht zu entlasten:

„Ich möchte nur einen Satz sagen zum Thema Teilkrankenstand und warum sind wir da nicht weiter gekommen. Weil von der Arbeitnehmerseite der Reflex gekommen ist, hier werden Mitarbeiter wieder zu sehr unter Druck gesetzt.“ (WK)

Jedenfalls setzt sich auch die Industriellenvereinigung entschieden für die Einführung eines Teilkrankenstandes ein:

„In die Richtung geht es jetzt auch, das war bei der IV bei uns auch ein Thema letztes Mal beim Beirat, also dieser Teilkrankenstand, da waren wir alle dafür und da geht sicher etwas weiter.“ (IV)

Harald Golser, der das Projekt Prävention in Betrieben (PiB) der Suchtpräventionsstelle kontakt&co des Landes Tirol betreibt, begrüßt jedenfalls aus Beratungssicht den Teilkrankenstand als wichtiges Instrument zur Förderung und anforderungsadäquaten Entwicklung der Leistungsfähigkeit. Illustrierend bezieht er sich auf Erfahrungen aus Deutschland:

„Das bedeutet in Deutschland, da weiß ich eben einen Fall auch, dass die Mitarbeiterin - man beginnt mit 2 Stunden in den Betrieb zu kommen und jederzeit sagen kann, ich derpacke das noch nicht und einen Teilkrankenstand hat. Und so Schritt für Schritt wieder herangeführt werden kann. Und bei uns: Entweder du packst die 100 % oder du bleibst daheim. [...] Und wenn es mir erlaubt ist nicht gleich 100 % zu haben, dann ist das auch nicht so angstbesetzt. Und dann komme ich auch früher zurück in den Betrieb wahrscheinlich.“ (PiB)

Dass mit dem Teilkrankenstand zeitliche Eingrenzungen verbunden sein müssen, hat auch mit dem innerbetrieblichen Arbeitsumfeld Betroffener zu tun. Gerade in der relativ kleinstrukturierten Tiroler Wirtschaft entsteht relativ schnell ein verstärkter Druck für die entlastenden, puffernden KollegInnen von TeilkrankenständlerInnen, wie Harald Golser aus Beratungserfahrung berichtet:

„Das ist sogar der Druck oft gar nicht allein sogar der Mitarbeiter und Firma, sondern Umfeld, weil da ja andere im Team sind, die Dinge auffangen müssen, die auch einen Druck irgendwann erzeugen, wenn das zu lange dauert.“

Und sagen, jetzt komme ich an meine Grenzen, tut's den - das ist jetzt überspitzt - tut's den weg oder tut's da was, weil wir schaffen das nicht mehr. Also es kommt dann relativ rasch auch eine soziale Problematik dann mit der Zeit, wenn es zu lange geht, hinein.“ (PiB)

Der Verdacht, dass die gesellschaftliche Diskussion von Sucht hartnäckig an unterschwellige moralische Urteile rührt, erscheint nicht unbegründet; entscheidend bleibt dann letztlich der Aspekt des „Selbstverschuldens“, der das Individuum (und seine Angehörigen) beschämt (schlechtes Verhalten) und letztlich auch in schwerwiegenden Fällen von der Anerkennung als Geschädigter im Sinne des Behindertenbegriffs von entsprechenden Leistungen ausschließt:

„Ich denke mir, da gibt es halt dann von mir aus schon so die Ausgleichszahlung für die Behinderten. Aber ein Junkie, ein Alkoholiker, ein Drogensüchtiger fällt ja nicht in den klassischen Bereich der begünstigten Behinderten rein, obwohl er es sicherlich erfüllt. Und da ist halt dann die Akzeptanz eben: Ist das wirklich eine Krankheit? Die Leute haben es ja dann zum Teil selbst verschuldet! So wie halt die klassischen Klischees sind.“ (AMS)

4.5. Berufsbezogene psychosoziale Folgen – Ansatz für Früherkennung des latenten Interventionsbedarfs in Betrieben

Suchterkrankung hat Wirkung: Berufsbezogene Folgen sind niedrigere Arbeitsqualität und -effektivität, verpasste Entwicklungschancen, konsumbedingte Fehltage und -zeiten, mangelnde Motivation, Beschwerden, Unfälle und Kündigungen, insgesamt eine verminderte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und schließlich Arbeitsvermittlungshemmnisse. (z.B: Lindenmeyer, 2009; s.S. 5).

An dieser Stelle setzt in Tirol das vor 10 Jahren in die flächendeckende Versorgung gebrachte Projekt Prävention in Betrieben an, das sich auf den *latenten* Behandlungsbedarf konzentriert, also jenes Publikum, das in der Regel noch nicht an den suchtspezifischen Stationen, Ambulanzen, Beratungsstellen oder Projekten in Tirol vorstellig wurde und dort angedockt hat. In diesen 10 Jahren wurden etwa 5.000 Führungskräfte aus etwa 300 Betrieben darauf geschult, innerbetrieblich die richtigen Interventionsmaßnahmen zu setzen, um Betroffene in ein nachhaltiges Behandlungs- und Betreuungssetting zu bringen und die „alkoholische Abwehr“ bzw. die Co-Abhängigkeit gezielt zu durchbrechen.

In der Gesamtbetrachtung hat sich gezeigt, dass in den letzten Jahren aus verschiedenen Richtungen präventive Initiativen Richtung Wirtschaft entstanden sind, wie etwa die Betriebliche Gesundheitsförderung, die Evaluierung der psychischen Belastung am Arbeitsplatz, das Projekt „Gesundes Arbeiten“ oder die fit2work-Betriebsberatung.

Hier fehlt allerdings noch die Abstimmung der unterschiedlichen Angebote aufeinander, um zu verhindern, dass mangelnde Koordinierung der Beratungsangebote die Verwirrung bei den Betrieben fördert und letztlich die Beratungsabstinenz steigt.

Im Zusammenhang mit dem Projekt „PiB“ sei noch ein gut untersuchtes Phänomen erwähnt: der *Präsentismus*, also das Verhalten von Mitarbeitern, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. Untersuchungen zeigen hier einen intensiveren Zusammenhang zwischen psychischer Symptomatik/Suchtproblematik und Präsentismus⁹.

Dies unterstreicht die Bedeutung des noch stark ausbaufähigen Interventionsansatzes, nämlich vor Ort, in den Betrieben, und damit wesentlich entschiedener aufsuchend zu arbeiten, um damit den großen, latenten Anteil an Personen mit Substanzgebrauchsstörung frühzeitiger zu erreichen.

Bei allen Erfolgen des Projekts PiB darf nicht übersehen werden, dass die Reichweite und vor allem die Durchdringungstiefe Richtung kleiner und mittlerer Betriebe noch nicht gegeben ist. Auch scheint die zeitliche Ressource für eine dringend zu intensivierende Anstrengung Richtung kleinerer-mittlerer Betriebe mit der derzeit gegebenen 2/3-Stelle im PiB-Projekt stark erweiterungsfähig.

⁹ Terluin, B., Rhenen, W., Anema, J. R. & Taris, T. W. (2011). Psychological symptoms and sub-sequent sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84 (7), 825–837.

Zur betrieblich aufsuchenden Arbeit stellt Primar Schmidt aus Lienz eine ermutigende Evaluation aus seiner langjährigen Tätigkeit als bayerischer Suchtkoordinator zur Verfügung:

„Und da wussten wir von den bayerischen Bezirkskrankenhäusern, das deckte sich auch mit den anderen Bundesländern, dass die maximale Erreichungsquote bei Alkoholabhängigen 2-4 % war. Wenn man die erhöhen will, muss man irgendetwas im Setting ändern. Also erstens können wir aufsuchend die Erreichungsquote erhöhen. Zweitens die Behaltequote. Die Haltequote war praktisch über den definierten Zeitraum von einem Jahr so irgendetwas um die 90%. Das wären schon einmal zwei Erfolgsparameter. Und jetzt war die Frage, welche fallen jetzt raus, die Begleiteten oder die Nicht-begleiteten? Wie viele fallen derzeit aus dem Arbeitsmarkt heraus oder verlieren den Arbeitsplatz? Und da lag so, wenn ich es richtig erinnere, so etwa der Faktor 5,5 drin. Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand seine Arbeit nicht verloren hat, wenn er aufsuchend betreut wurde war 5,5-mal höher, als wenn er diese Betreuung nicht hatte. Das war die wesentliche dritte Aussage.“ (Prim. Schmidt)

Diese Aufsuchende Arbeit bezieht Suchtbetroffene wesentlich ein, etwas das vom Projekt PiB vom Ansatz gar nicht abgedeckt wird, da hier die Führungskräfte in den Betrieben und Organisationen geschult und gecoacht werden. Die Bedeutung des in Tirol noch stärker zu entwickelnden Ansatzes aufsuchender Betreuung wird in den Folgekapiteln noch intensiver dargestellt.

5. Zuständigkeitsdilemma der Leistungsträger – ‚Ausrede‘ für fehlende multidimensionale Diagnostik und fehlende Behandlungspfade?

Am Beispiel des Konstrukts „Rehabilitation“ lassen sich, wie auch zur „Arbeitsfähigkeit“, Verwirrungen nachzeichnen. Vielfach geht es eigentlich um Rekuperation – also die Wiedergewinnung des Zugangs zu den in der eigenen Person angelegten Fähigkeiten – im Unterschied zur Rehabilitation, also wörtlich der „Wiedereinsetzung in den früheren Stand“, bei der es um die Wiederherstellung eines Zustands vor der Abhängigkeitserkrankung geht. In der Aufspaltung der Finanzierungszuständigkeiten – z.B. Reha=Land, Krankenversicherungsleistung=TKKK – entstehen weitere Unschärfen, da REHA hier eine ganz eigene Bedeutung erhält. Das abgrenzungsorientierte Zusammenspiel zwischen TKKK, PVA und AMS macht das Zuständigkeitsdilemma sichtbar: Wie immer bei Spaltungen bekommt das Individuum – also das von der Begrifflichkeit her „Unenteilbare“ – in der administrativen Zuordnung erhebliche Fragmentierungsprobleme:

„Und jetzt stoßen wir genau auf das - entweder ist die Gebietskrankenkasse zuständig, dann sagt das AMS, da sind wir nicht zuständig. Oder das AMS ist zuständig, dann sagt die Gebietskrankenkasse, ja die PV oder wer auch immer, nein wir sind das nicht, die sind ja arbeitsfähig. Gibt es ja diese schönen Bescheide nach der Gesundheitsstraße.“ (AMS)

Von den Suchthilfeeinrichtungen wird das Nebeneinander der „Töpfe“, also der Leistungsträger bzw. –finanzierer und deren fehlendes Zusammenwirken im Sinne eines integrierten Leistungspfades wahrgenommen:

„Und ich glaube, was man auf jeden Fall überlegen müsste, wie man schauen könnte - ist eh ein alter Hut, aber ich sage es jetzt noch einmal - wie man diese Töpfe zusammenbringt für ein sinnvolles Ganzes im Sinne des Patienten. Weil da kann ich mir vorstellen, da gibt es die Töpfe, dann gibt es uns, die sich dauernd überlegen müssen, welchen Topf nehme ich jetzt da? Und dann gibt es den Patienten, der einfach gesund werden möchte. Und der weiß nicht, dass ich dauernd an Töpfe denke. Und ich weiß nicht, dass die Töpfe dauernd sich verteidigen gegen den anderen Topf. Wir haben geredet, also das wird ja dann eh von der PVA gezahlt oder das wird ja eh von der Reha-Abteilung, das wird da eh von der Tiroler Gebietskrankenkasse und was auch immer gezahlt. Das ist äußerst unbefriedigend!“ (Prim. Haring)

„Also ich denke auch, dass dieser Kreislauf, wo da die Menschen auch im Kreis geschickt werden, das müsste schon bundesweit von diesen großen Trägern einmal besprochen werden, wie man sich generell da verhalten will und wo man da hin will. So einen großartigen Plan erkenne ich jetzt da nicht

heraus eigentlich. Sicher will man, das ist klar, Richtung erster Arbeitsmarkt oder so, gesund zu machen. Aber gerade diese Institutionen wissen ja, dass es ganz viele gibt, wo das entweder lange dauert oder auch nicht unbedingt funktioniert, das wissen ja die eh.“ (Lama)

„Und das ist ganz kurz gesagt, vor dem Thema hocken wir, wenn wir uns die ganzen Projekte und Maßnahmen anschauen (Lachen in der Gruppe), die es für Leute gibt, die eigentlich aus dem Arbeitsprozess schon herausgefallen sind. Dann können nur jahrelange Maßnahmen wirklich nachhaltig wirken. [...] Was man jetzt damit macht ist eine andere Sache und wer sich dafür zuständig fühlt, das ist auch ein altes Thema. Ist das AMS dafür zuständig, fühlt es sich zuständig, ist es zuständig oder ist es das Land? Ja, das können wir nicht lösen. Wir können darauf hinweisen, dass man das aktuelle Krankheitsverständnis einmal als Basis hernimmt für alle weiteren Maßnahmevorschläge.“ (Emmaus)

Aus Sicht der Tiroler Gebietskrankenkasse führten die neuen gesetzlichen Zuordnungen (Reha vor I-Pension) zunächst zu einer heillosen Überforderung der fallbetreuenden Casemanager, die im Rahmen des sogenannten „Rehabilitationsgeldes“ plötzlich einen intensiven Klientelzuwachs erfuhren, für den Rehaplanung angesagt war:

„Wir haben in der Zwischenzeit dank der neuen gesetzlichen Regelung über die PV natürlich einen Klientelzuwachs erhalten in Sachen Rehabilitationsgeld und das sind natürlich sehr viele Suchterkrankte - 80 % so haben wir in etwa festgestellt, haben entweder einen Suchterkrankungshintergrund oder zumindest eine psychische Schädigung dahinter, in Verbindung unter Umständen mit [...] Und dann mehr oder weniger: biete jetzt dem- oder derjenigen eine Hilfe an! Nur die Hilfe ist relativ. Dann reden wir mit denen im Sinne von einem Casemanagementgespräch. Wobei unsere Casemanager - in der Zwischenzeit hat es sich Gottlob ein bisschen gebessert - aber die waren mit der Situation heillos überfordert, heillos.“ (TGKK)

Der wahrgenommene Hintergrund bezieht sich auf eine vorübergehende Bereinigung der PV-Zuständigkeit bzw. Verschiebung zwischen den Körperschaften:

„Wenn du mit der Pensionsversicherungsanstalt redest, aus der Geschichte heraus aus der medizinischen Geschichte, sind da überwiegend Dauerinvaliditätspensionisten dabei. Nur sie haben da irgendwo den Auftrag: Zahlen beschönigen, das ist so. Sie müssen sie heraushauen irgendwo, wenn ich so sagen darf. Und wenn es nur kurzfristig ist, über kurz oder lang fällt ein großer prozentualer Anteil wieder retour in die PV.“ (TGKK)

Der grundsätzliche Ansatz das Pensionierungsgeschehen der Vergangenheit neu anzugehen, wird trotz aller erlebter Schwierigkeiten von den AMS-MitarbeiterInnen auch begrüßt. Dass

jetzt sozusagen auf einen Schlag Versäumnisse einer undifferenzierten Herangehensweise sichtbar werden, soll nicht den Blick auf etwas Wesentliches verstellen: Dass grundsätzlich intensive Reha-Anstrengungen sinnvoll sind, die Pensionierung ein letztes Mittel bleiben sollte. Gerade im Bereich der Suchterkrankungen liegt daher der Verdacht nahe, dass die Pensionierungspraxis der letzten Jahrzehnte auch Mitverantwortung dafür trägt, dass tendenziell die intensive Einbindung beruflich orientierter Reha-Anstrengungen in langfristig angelegte Rehabilitationsverläufe sich nicht wirklich entwickeln konnte bzw. verkümmert ist:

„Dass es irgendwelche Änderungen geben muss, weil die Pensionierung früher, ich meine so vorzeitig schon, das ist natürlich schon ein Problem. Jetzt büßen wir halt das auf einen Schlag, was die letzten 15 Jahre mehr oder weniger so irgendwo versäumt worden ist. Und ich sage auch klar und deutlich und das kann jeder von mir hören, in erster Linie von der Pensionsversicherungsanstalt auch verursacht worden ist. Ich meine es hat dann wirklich Zeiten gegeben, und wir haben das beim AMS sehr wohl gut gesehen, wenn Personen mit einem Attest auf psychischer Seite daher gekommen sind, dann haben Sie die I-Pension gekriegt. Und wir haben jetzt im AMS Personen, wir kriegen sie jetzt zurück, die befristet die Pensionen von einem Jahr auf das andere gekriegt haben. Wir haben Personen, die haben die Pension zehn Jahre lang gekriegt. Und jetzt plötzlich, wenn sie über 50 sind, sind sie wieder arbeitsfähig! Wo erstens einmal vom Alter her sehr wenig geht, gar nichts möchte ich nicht sagen, das will ich eigentlich gar nie hören, weil wir immer wieder Personen auch wirklich vermitteln, die hoch in die 50 sind, das gelingt schon. Aber es gehört natürlich ein absoluter Wille der Person dazu, weil wenn die Person nicht mit tut, dann kann das AMS nicht - dann kann im Grunde genommen niemand etwas tun.“ (AMS)

Hoffnung gibt die Wahrnehmung auf Österreichebene innerhalb eines neu aufgebrochenen Diskurses innerhalb des AMS, in dem Suchterkrankungen in den Fokus rücken:

„Die andere Seite ist die also, das kann ich schon sagen, dass Reha vor I-Pension hat sehr viel ausgelöst, also im AMS auch. Es hat zum Beispiel vorher noch nie so einen österreichweiten Arbeitskreis für Reha-Maßnahmen gegeben im AMS. Es hat Fachtagungen gegeben, aber es hat nie das so in dem offiziellen Rahmen gegeben, wo zum Beispiel aufgefallen ist österreichweit, dass es im Suchtbereich jetzt einmal so AMS-mäßig und mit den Partnern an dieser Schnittstelle, nichts gibt. Das ist ein Österreich-Phänomen.“ (AMS)

Auch die Wirtschaftskammer bleibt hier optimistisch, dass nach den großen Lücken und Missgeschicken am Beginn der Umsetzung nun ein größerer Diskussionsprozess begonnen habe, der auch das Thema der Trennung medizinischer von beruflicher Reha aufgreift. Für die Berufsintegration substanzabhängiger Menschen hängt von der Weiterentwicklung an dieser

Stelle viel ab, da Arbeit/Beschäftigung nicht Endziel einer Reha-Anstrengung ist, sondern wesentlich intensiver zum integrierten Bestandteil in einem zeitlich längeren Reha-Geschehen werden soll, als es bisher der Fall ist.

„Das war halt jetzt am Anfang okay, war es halt mehr Pensionsversicherungsanstalt, AMS, Gebietskrankenkasse. Aber das war auch einfach ein wichtiger Schritt, weil ja die Partner sich abstimmen müssen. Und da gebe ich euch vollkommen recht, da sind noch wahnsinnige Lücken. Eben weil auch am Beginn sind da Missgeschicke passiert. Das war zum Beispiel, dass die Gebietskrankenkasse viel zu spät eingebunden war, das ist zum Beispiel, dass die jetzige Schiene Reha vor I-Pension ganz strikt getrennt geblieben ist, medizinische Reha, berufliche Reha. Was ja wirklich - das wird nur funktionieren, wenn das einmal verbunden wird. Ja, aber es passiert da wirklich sehr viel. Es gibt eine Steuergruppe zu dem Thema, wo auch wieder 118 Organisationen eingebunden werden, wo in jedem Bundesland auch immer gesammelt wird: was ist denn da jetzt an Diskussionsprozess herausgekommen? Und ich habe da schon gute Hoffnung.“ (WK)

Wie schon bei der Tiroler Suchttagung 2014 deutlich geworden, reichen die Förderinstrumente des AMS hier nicht aus. Die in dieser Studie bereits mehrfach angesprochene administrativ intensiv gelebte Dichotomie von gesund vs. krank, die sich in desintegrativ wirkenden Zuständigkeitsabgrenzungen der Körperschaften äußert, ist nicht neu, wird aber zunehmend problematisiert:

„Also ich sehe das völlig auch so, wenn jemand herausgefallen ist aus dem Prozess, dann hat er kaum - mit den jetzigen Instrumenten - kaum mehr Möglichkeiten Fuß zu fassen. Ich habe das bei der Suchttagung glaube ich auch war das ein Punkt: Das erfordert einfach von vorne herein ein Umdenken. Ich habe eh gesagt, das ist so getrennt bis jetzt: also entweder ist man gesund oder man ist krank. Und das fängt auch bei der Krankenkasse an: Entweder man ist krank oder man ist gesund. Und dann bauen sich eben die anderen Organisationen auf. Und ich glaube nicht einmal, dass das früher besser funktioniert hat. Wir reden auch immer davon die Personen sind mehr geworden, die Probleme sind multipler geworden. Das spielt ganz sicher eine Rolle. Aber das Grundproblem, das hat einfach schon bestanden. Und da kann ich nur sagen, gibt es Gott sei Dank inzwischen wirklich Diskussionen darüber und auch Entschlüsse darüber, dass das in diese Richtung gehen soll. Wie gesagt ich meine wie lange das dauert? Ich habe keine Ahnung, aber...“ (AMS)

Von den betroffenen Suchtkranken und dem AMS-Betreuungs- und Vermittlungssystem wird das „Herumgereiche“ als unbefriedigend und belastend erlebt:

„Wir haben auf der einen Seite immer die PVA dann, weil viele von meinen Drogenabhängigen die suchen dann immer wieder um die Pension an, kriegen die Pension nicht, wird abgelehnt, kommen wieder zu uns. Also es ist schon so ein Herumgereiche sage ich jetzt einmal. Das wird auch nicht unbedingt einfacher das Thema, weil ja auch Pensionen nicht unbedingt oft bewilligt werden. Aber das ist eigentlich das Hauptproblem, was ich bei der Vermittlung sehe.“ (AMS)

Unvermeidlich entsteht der Eindruck einer generellen „Unzuständigkeit“. Dem AMS bleibt die Rolle als Existenzsicherer und als Auffangbecken, was für die BeraterInnen und ihr Klientel demotivierend und damit krankheitsfördernd wirken kann:

„Weil keiner fühlt sich zuständig, weil die Gesundheitsstraße sagt: arbeitsfähig. Somit fällt er bei der PVA sowieso schon raus, Langzeitkrankenstände von Suchterkrankung habe ich selten, da sind die Chefärzte recht ... was ich schon gehört habe oder was ich schon mitgekriegt habe, wenn der Kunde mangels Mitarbeit, mangels Krankheitseinsicht, dass er einfach rausfliegt aus dem Krankenstand, weil er nicht bereit ist. Und somit ist halt Existenzsicherer das AMS.“ (AMS)

„Das AMS dient als Auffangbecken, ganz klar.“ (AMS)

„Also ich habe Notstandshilfebezieher, -bezieherinnen, die teilweise seit zehn Jahren in der Notstandshilfe sind. Nicht Mindestsicherung, nicht in Pension und nicht im Krankengeld. Die Begründung der PVA weiß ich nicht, aber die Alkoholiker oder illegal Suchterkrankten, die ich habe, die einfach nicht pensionswürdig sind laut PVA, warum weiß ich nicht. Oft habe ich so das Gefühl, als ob es darum geht, ob selbstverschuldet oder nicht selbst verschuldet, also mir kommt es oft recht willkürlich vor. Und dann sind sie halt bei uns, bis halt dann doch einmal die Kriterien für eine Alterspensionen eintreffen oder sonstige Kriterien.“ (AMS)

„Also die Kunden, die meistens in der Spirale drin sind bei uns, ich glaube denen ist es wurscht, wer für sie zahlt. Und als Beraterin ist es natürlich frustrierend, aber man gewöhnt sich daran, man hat halt den Pool, den man mitlaufen lässt.“ (AMS)

Maßnahmen, die Arbeit/Beschäftigung und Therapie kombinieren, stehen automatisch vor besonderen Hürden, da „Therapie“ als medizinische Maßnahme nicht Aufgabe des AMS sein kann, wie es ein leitender Mitarbeiter formuliert. Von daher wurde in der Vergangenheit die gewünschte Verschränkung von Therapie und Arbeit erschwert bzw. verunmöglicht:

„Aber mit einer entsprechenden Maßnahme, wo eben- das ist sicher eine Kombination aus Therapie und Arbeit - und das ist auch im Rahmen des AMS bisher immer sehr schwierig gewesen, auch wenn es angesprochen wurde oder irgendwo eingefordert wurde jetzt von Beraterinnen und Beratern. Aber das AMS sagt natürlich, alles was in Therapie hineingeht ist eine medizinische Geschichte, kann nicht Aufgabe des AMS sein. Wobei man das immer sehr strikt getrennt hat. Und meine Auffassung aber inzwischen ist es, o.k., das ist halt das Logistische, das ist so, aber das darf ich in dem Fall nicht trennen, das gehört verschränkt! Und das muss verschränkt werden. Eine ähnliche Sache mit sonstigen psychischen Kranken sage ich jetzt einmal, wo man auch sagt, solange das Therapie ist, ist das AMS draußen vorne. Das ist nur eine Teilwahrheit, weil die Leute meiner Erfahrung nach durch das Einbinden und frühzeitiges Einbinden, eben während noch einer Therapie dort einfach wachsen können und dort auch wirklich Fortschritte machen können.“ (AMS)

Den Verdacht, dass das Zuständigkeitsdilemma auch durch noch andere, tiefer liegende Umstände gefördert wurde, äußert Prim. Haring, der die Ausblendung gesellschaftlicher Verantwortung und die Individualisierung im Zusammenhang mit der impliziten Schuldproblematik anprangert, die den einzelnen Suchtkranken als Hauptakteur erscheinen lässt. Im Zusammenhang mit dem bis heute fehlenden Alkoholplan macht Haring auf die Widersprüchlichkeit aufmerksam, die er in einem bewusst süchtig machenden System verortet:

„Weil Österreich glaube ich der einzige EU Staat ist, der keinen Plan für Alkohol hat, also keinen Alkoholplan hat. Den derliefern wir nicht ab, das geht nicht. Und dann hat sich dieses Alkoholforum zusammengesetzt und ich war auch eingeladen und ich habe mir gedacht aha, ein Expertengremium und das war es ja tatsächlich. Nur waren 50 % was vielleicht sogar positiv ist - das Glas ist halb voll könnte man sagen - waren Therapeuten. Die anderen 50 % waren wirklich Spirituosenwirtschaft, Hotellerie usw., Kleinhandel Großhandel usw. Und das ist ganz das Gleiche, wenn ich in einem vergleichbaren Drogenforum sitze und die Dealer hocken drinnen, nicht; so, die ja nicht in ihren wirtschaftlichen Überlegungen irritieren. Das ist auch von der EU sogar vorgesehen, dass Wirtschaft und Behandlung sich nebeneinander zusammen hocken und irgendetwas tun, dass sie sich nicht gegenseitig stören. D.h. diese Abwehr habe ich auf ganz ganz hoher Ebene. Das Dumme bei der Geschichte ist nur, dass man dem, der dann ein Suchtproblem hat, sagt: du bist der Süchtige! Dass wir in einem suchtmachenden, bewusst suchtmachenden System leben und uns wundern müssen, dass eh nur 5 % Alkoholabhängig sind und 10 % noch wie soll ich sagen, sich in einem problematischen

5 ZUSTÄNDIGKEITSDILEMMA DER LEISTUNGSTRÄGER – ‚AUSREDE‘ FÜR FEHLENDE MULTIDIMENSIONALE DIAGNOSTIK UND FEHLENDE BEHANDLUNGSPFADE?

*Konsum sich befinden, das ist einfach auch gesellschaftlich vorgegeben.“
(Prim. Haring)*

Als Erkenntnis sei daraus weniger eine moralische Verlogenheit der Gesellschaft zu ziehen. Notwendigerweise führten die Inkonsistenzen und Konstruktionsfehler des Systems im Bedürfnis nach dessen „Funktionieren“ zwingend zu eben diesen Unkorrektheiten in der Wirklichkeitsdarstellung – auch wenn es um gesund vs. krank geht:

Ich frage mich jetzt gerade, ist das das wirklich Verlogene oder? Es ist noch etwas anderes. Weil ich glaube, das System ist so an der Wirklichkeit vorbei konstruiert, dass dieses Zurechtrücken der Wirklichkeit, dass sie funktioniert, nur darüber geht, dass man nicht ganz korrekt die Dinge darstellt.“ (Prim. Haring)

6. Kooperationsklima/Vernetzung

Die Landschaft der Einrichtungen für Suchtkranke in Tirol ist vielgestaltig, sowohl auf Ebene der Träger wie der Angebote. Die Entwicklung folgte in den letzten Jahrzehnten weniger einem Versorgungsplan, sondern mehr der Einzelinitiative von Vereinen und – so wie bei Caravan – auch initiativen Bemühungen innerhalb des AMS:

„Das war dann 2003, da haben wir ein Mordsglück gehabt, dass wir budgetär gut aufgestellt waren das AMS und da war also Geld vorhanden, Fördermittel um etwas zu tun. Und das ist dann ausgeschrieben worden und daraufhin hat sich dann Caravan ergeben. Und das gäbe es wirklich nicht, wenn wir da nicht massiv gefordert hätten, dass wir etwas brauchen. Und das ist dann mit internem Widerstand sogar - also waren manche leitende Personen gar nicht so begeistert, das zu machen - das erste Jahr hat das AMS das alleine finanziert. Und dann hat man eben die Pensionsversicherungsanstalt ins Boot geholt auch und die finanziert diese Maßnahme jetzt mit. Und wir sind jetzt eben im zehnten Jahr und es läuft recht gut...“ (AMS)

Die Vernetzung der Angebote bzw. Nutzbarkeit in Form einer Gesamtsystematik bleibt oft komplizierte Überwindung bzw. Verbindung von Stückwerk. Auf der anderen Seite bieten die gewachsenen Unterschiedlichkeiten und „Mikrokulturen“ auch eine im Feld geschätzte Breite mit Bezug zur Heterogenität der Zielgruppe.

Einzelne Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitsförderung, unterliegen besonderen, allgemeinen „Anwendungsbedingungen“, die von den finanzierenden Maßnahmeträgern bestimmt werden. Diese Bedingungen – wie etwa enge zeitliche Befristungen – wirken in der Anwendungspraxis oft willkürlich, da die Indikation für Betroffene aus Sicht der Suchthilfeexperten oft nicht bedürfnisgerecht erfolgen kann. Symptomatisch sind nicht zuletzt Unsicherheiten, die aus der Unübersichtlichkeit resultieren, wie folgendes Statement in einer Gruppendiskussion belegt:

„Das weiß ich jetzt auch nicht, wie so das Netz miteinander ist auch, ob jetzt jemand der vielleicht im SÖB ist, finanziert wird und zu uns ins Caravan wechseln könnte? Ich weiß eben gerade vom Caravan könnte niemand ins SÖB gehen, das würde nicht finanziert werden. Ob man nicht da vielleicht auch so Vernetzungen besser machen kann?“ (Caravan)

Die Verschränkung von Therapie, medizinischer Rehabilitation und Arbeit – im Sinne einer beruflichen Reha – bleibt aus Sicht des AMS eine zu lösende zentrale Zukunftsaufgabe. Das AMS gehörte in dieser Sicht frühzeitig integriert. Die wirklichkeitsfremde Trennung der Zuständigkeiten, die bei Krankheit das AMS ausschließt, verunmöglicht diese Integration, wie der AMS-Zuständige für berufliche Rehabilitation in Tirol darlegt:

„Man müsste diese Sicht unbedingt jetzt in so einem Fall sich sozusagen aneignen oder diese separatistische Sicht ablegen und eine gesamtheitliche Sicht sich aneignen, im Sinn dass ich sage, Therapie ist schon richtig, aber der Mensch der braucht eben auch die Arbeit. Und dieses ‚auch-Arbeit‘ brauchen, muss auch das AMS auf diesem Weg ins Boot bringen. Dass das AMS sozusagen dann auch argumentiert, eine politische Entscheidung die getroffen werden muss, wo man sagt, o.k. wir erkennen dass schon während einer medizinischen Behandlung, also Therapie jetzt, auch Arbeit einfach Thema ist. Und diese Verschränkung scheint mir ein zentraler Punkt für einen Erfolg zu sein. Frühzeitig! Das darf gar nicht ausgeschlossen sein! Wenn der Mediziner dann sagt, na ja eigentlich sind wir jetzt schon an einem Punkt angekommen, da wäre jetzt schon gescheit über eine Arbeit, über eine Beschäftigung, eine Tätigkeit den schon ein bisschen einzubinden, dann müsste das AMS sozusagen da stehen. (AMS)

In der Vision einer in sich schlüssigen organisatorischen Einheit – in Gestalt eines gegliederten Hauses – erscheinen die bestehenden Unvereinbarkeiten überwindbar. Aktuell fehlen noch entscheidende Voraussetzungen:

„Aber ich denke, ich stelle mir das vielleicht auch idealistischer Weise als ein Haus vor, wo in Abstufungen solche Dinge angeboten werden können. Das Haus hat jetzt noch kein gutes Fundament, noch hat es Räume oder gar Geschosse.“ (AMS)

Ein besonders kritischer Bereich bleibt aus Sicht der Suchthilfe die Nachbetreuung im Anschluss an Maßnahmen. Diese ist vielfach nicht ausreichend – da nicht ausreichend finanziert – gegeben.

„Schwierig wird es danach oft. Und nicht nur weil eben dann vielleicht das geeignete Projekt noch nicht da ist, sondern weil die Menschen dann wirklich von der sehr geschützten Situation wieder in etwas Ungeschütztes kommen und erst schauen müssen, ob sie das, was sie da erlernt haben in dem halben Jahr, ob sie das wirklich so stabil schon umdersetzen, damit sie abstinent oder zumindest so kontrolliert mit dem weiter umgehen, dass sie nicht absacken.“ (Suchtkoordinator)

Warnend wird für die Nachbetreuung personelle Beziehungskonstanz eingemahnt und ein Weiterreichen im Institutionenverbund kritisch angesprochen:

„Zum Punkt Nachbetreuung haben wir die Erfahrung gemacht, dass es auch wichtig ist, dass die Nachbetreuung diejenigen machen, die die ersten Schritte gemacht haben. Weil halt in dem psychischen Bereich das Vertrauen und die Beziehung so wichtig ist. [...] Und nicht dass man sagt, man kreierte jetzt irgendeine - was weiß ich, der PSP, der ist jetzt für die Nachbetreuung am ersten Arbeitsmarkt zuständig. Weil das funktioniert nicht. Wenn ich

dann wen vermittele, dann sage ich, wenn du Probleme hast, dann rufst du den vom PSP an - das wird nicht passieren, geht nicht. Haben wir schon probiert, geht nicht. Ja eben, es gibt schon so Angebote. Wir haben auch schon probiert, jemand geht in eine eigene Wohnung, Emmaus ist fertig, hat einen Arbeitsplatz, jetzt wäre der PSP zuständig: Geht nicht! Die Leute sagen am Anfang: brauche ich nicht, jetzt geht es mir gut, ich habe alles was ich brauche. Und sobald die erste Krise kommt, rufen sie uns an und sicherlich nicht den.“ (Emmaus)

Gleichzeitig gibt es einen regional herausfordernden Versorgungsanspruch. Am dominanten Zentralraum Innsbruck als Standort vieler Einrichtungen wird klar, dass die Nachbetreuung von Beginn an Bestandteil der Planung bei längeren Verläufen sein sollte und auch gestalteter interinstitutioneller Übergänge bedarf, wie etwa von der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz:

„Wobei wir uns da sehr bemühen. Der A., der jetzt in der Suchtberatung in Innsbruck ist, der kommt jetzt auch regelmäßig in unser Haus. [...] Wir haben gesagt so zwei Monate bevor die Leute bei uns abschließen, fangen wir an anzudocken.“ (Haus am Seespitz)

Aus der Generalperspektive des Suchtkoordinators entsteht ganz allgemein das Bedürfnis, das Verbindende in der Angebotslandschaft – im Sinne eines Verbunds – zu stärken. Das Nebeneinander von Möglichkeiten für KlientInnen könnte damit stärker integrierend entwickelt werden. Aus einem tendenziellen Hybridverbund sollten Behandlungspfade entwickelt werden, die mehr Robustheit für den Verlauf von Suchterkrankungen bieten. Motto: Mehr Konstanz in der Betreuung, weniger Drehtüreffekte:

„Und da gibt es die unterschiedlichen Financiers, die da sozusagen das Feld kompliziert machen. Und dann ist es schon auch von der Projektszene, die sich ja auch nicht eingemeinden lassen will so ohne weiteres, die sich auch - wir kämpfen für eine andere Gesellschaft oft auch noch - also das gibt es dann noch. Und dann ist so wie fit2work und die Coachings, auch da, oder auch was das Bundessozialamt so die letzten Jahre immer wieder hineingeklotzt hat, alles auch nicht ganz schlecht, aber alles irgendwie auch - ja da läuft das ganz von oben herunter. Und da jetzt finde ich das schon auch eine spannende Geschichte, da zu schauen, wie das System, das da entstanden ist, wie das sich mittelfristig auch zu einem Verbund irgendwie entwickeln kann, wo man voneinander weiß.“ (Suchtkoordinator)

6.1. Wahrnehmung des AMS aus der Perspektive des Suchthilfesystems

Die Qualität der Kooperation und Vernetzung im Feld entscheidet wesentlich darüber mit, wie zielführend sich die vielschichtigen, interinstitutionell verlaufenden Reha-Prozesse für die KlientInnen letztlich entwickeln. Das AMS als (Mit-)Entscheider, „Auftraggeber“ und Berater für Maßnahmen im Reha-Bereich, sowie allgemein in der Vermittlung in den Arbeitsmarkt, bleibt in der Wahrnehmung der KlientInnen der Suchthilfe aber immer auch ein Stück weit „Behörde“. Nicht zuletzt besteht hier über die finanziellen, existenzsichernden Transferleistungen auch eine mehr oder weniger stark empfundene Abhängigkeit.

So beginnt die Wahrnehmung des AMS bei SuchthilfemitarbeiterInnen – und bleibt teilweise auch dort stehen – wo es um das Finanzielle geht:

„Mit dem AMS haben wir auch immer wieder zu tun, hauptsächlich wenn es um das Finanzielle geht: Antragstellung beim AMS, da geht es um Notstandshilfe. Ja wenn es ums Finanzielle geht hauptsächlich.“ (PSP)

In dieser Wahrnehmung ist das AMS wie auch TGKK, PVA oder das Sozialamt „Behörde;“ mit Behörden assoziieren KlientInnen gerne belastenden Stress. Wichtig zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass in weiterer Folge das bisweilen schwer verständliche Verhalten von KlientInnen teilweise auch an dieser Stressinduktion hängen bleibt.

„Bei unserem Klientel sind Behördengänge generell belastend, sei das AMS oder Sozialamt oder die PVA oder die Gebietskrankenkasse, das ist immer ein Stress. Das sind soziale Situationen, wo sich unsere Klienten furchtbar anstrengen müssen, um das zu überstehen. Die haben teilweise eine Sozialphobie oder sind generell im Kontakt mit anderen Menschen tun sie sich schwer und das erzeugt großen psychischen Stress.“ (PSP)

Entscheidend – und wirklich erfreulich – scheint aber die Wahrnehmung eines tatsächlichen Kulturwandels im Umgang und Austausch zwischen Suchthilfeeinrichtungen und AMS, die sich in den letzten Jahren vollzogen hat. Diese ist wesentlich geprägt von gegenseitigem Interesse, Wertschätzung und sorgt für einen starken wechselseitigen Wissens- und Kompetenztransfer:

„Ich finde das auch super, dass ihr so stark vertreten wart bei der Suchttagung vom AMS her, weil das hätte es vor Jahren noch nicht gegeben, dass man da mit dem AMS an einem Tisch sitzt und wir können da auf das gleiche Know-how, also von den Vorträgen zum Beispiel, verweisen. Also das was wir gehört haben - sonst wären immer wir das gewesen, die das eingebracht hätten. Und dass wir jetzt da miteinander am Tisch sitzen und ihr habt das auch gehört und wir haben das auch gehört, das ist schon ganz eine andere - das ist etwas Neues eigentlich. Und das finde ich schon toll! Von der Polizei waren auch ganz viele dort. Die sind jetzt seit Jahren schon, aber da tut sich schon etwas, das ist positiv.“ (Emmaus)

Vor drei Jahrzehnten begann das Thema „Sucht“ im Zuge der Substitutionsbehandlung zum Gegenstand verstärkter Kontakte zwischen Suchthilfe und dem damaligen Arbeitsamt zu werden, wie sich die erste Drogenkoordinatorin erinnert. Die Vorbehalte gegenüber Drogenabhängigen entsprachen dem gesellschaftlichen Ausgrenzungsdiskurs:

„Wir haben dann auch mit dem AMS Schulungen gemacht, weil die damaligen Mitarbeiter des AMS - also wir in der Drogenambulanz die Sozialarbeiter haben ja immer die Kontakte nach außen gehabt. Und da bin ich drauf gekommen, dass die Leute im AMS ganz große Vorurteile Drogenabhängigen gegenüber gehabt haben. Es war damals ganz generell die Mentalität der AMS Mitarbeiter so: Drogenabhängige wollen wir nicht integrieren an Arbeitsplätze, weil das ist für uns tabu.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

Im Abgleich mit der Schweiz und Holland, zwei Ländern in denen damals die Verschränkung von therapeutischer Suchtarbeit und Arbeitsprojekten schon wesentlich stärker entwickelt war, wurde deutlich, dass Arbeit und Berufsintegration in Österreich mit dem defizitären Blick auf KlientInnen im Substitutionsprogramm unvereinbar schien; nicht zuletzt die generelle Infragestellung der Fahrtauglichkeit unterstrich die starken Vorbehalte:

„In der Drogenambulanz hat sich im Arbeitsbereich die Situation so dargestellt, dass plötzlich der Diskurs aufgetaucht ist, Leute auf Methadon können nicht arbeiten. Das war ganz ganz spannend, weil wir gesehen haben, speziell in der Schweiz und in Holland, dass das überhaupt nicht der Fall ist, sondern die haben ganz tolle Arbeitsprojekte gehabt. Und ich kann mich erinnern, ich bin auf einem Methadonkongress damals gewesen, und dann haben die österreichischen Therapeuten die Frage gestellt, was tut Holland mit dem Führerschein von Leuten, die aktuell auf Methadon sind? Und die Holländer haben die Frage nicht verstanden und haben gesagt, das gibt es bei ihnen nicht. Alle die auf Methadon sind, gut eingestellt sind, haben einen Führerschein und können Autofahren. Und dann habe ich mir gedacht, aha, das ist wieder so unsere Spezialität, unser Diskurs, dass wir so besondere Kontrollmechanismen uns immer wieder einfallen lassen und sich bei uns dann symptomatisch die Frage nach der Fahrtauglichkeit stellt.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

Konsequenz war damals eine initiative Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer, um hier ein professionelles Verständnis für die Möglichkeiten der beruflichen Integration – insbesondere für gut eingestellte SubstitutionsklientInnen – zu schaffen:

„Und dann haben wir gesagt, Nein, das kann nicht sein, also die gut integrierten in der Methadonbehandlung, die muss man auch im AMS integrieren und schauen, dass die in Schulungsmaßnahmen kommen und wenn es

sein soll auch Arbeitsplätze kriegen. In Zusammenarbeit mit der Ärztekammer haben wir dann für die AMS Mitarbeiter eine Schulungsmaßnahme gemacht. Die Mediziner haben denen erklärt, was die Methadonbehandlung ist, dass das nichts Gefährliches ist, dass die nicht alle fett und drüber sind und nicht am Fließband stehen können. Sondern dass, wenn einer gut eingestellt ist auf die Substanz, und sie haben das dann auch immer breiter gefächert und gesagt: schaut ihr habt viele Leute, die auf Medikamenten sind, die ihr gar nicht wisst irgendwie. Wenn ihr das alles wüsstet, würdet ihr die wahrscheinlich genauso ausschließen irgendwie. Also das ist ein anerkanntes Medikament, eine anerkannte Behandlung und die Leute können ganz normal auch arbeiten, wenn sie gut eingestellt sind. Die Gewährleistung gibt die Drogenambulanz. Und die Mitarbeiter vom AMS sollten sich oder müssen sich damit auseinandersetzen.“ (H. Oberarzbacher, Ex-Drogenkoordinatorin)

So erfreulich ein mittlerweile verbreiteteres Wissen und Know-how im Bereich der Substitution ist, bleibt nach Einschätzung der Geschäftsführerin der Suchtberatung Tirol, Birgit Keel, doch noch erheblicher Gesprächs- und Fortbildungsbedarf, damit alle Instanzen zumindest vom Gleichen reden und ausgehen:

„Was auch das Thema ist: die fehlende Information zum Thema Sucht und Suchterkrankung von allen Beteiligten. Also beim AMS gibt es ja ganz unterschiedliche Aussagen dazu, dass Menschen die im Substitutionsprogramm sind - da gibt es zum Beispiel auch die Aussage, ja der muss herunter von seinem Methadon und erst dann vermitteln wir ihn. Aber der ist ja super eingestellt eigentlich. Also das fehlende Wissen und auch das fehlende know how, wie gehe ich überhaupt mit dem Menschen um. Wir bieten dazu auch Workshops an, also so Multiplikatorinnen-Fortbildungen, das finde ich ganz wichtig in dem Bereich. Dass die im Helfersystem, also alle Beteiligten, da irgendwie vom Gleichen reden, vom Gleichen ausgehen und eben das Thema Sucht und Suchterkrankung, dass es da wirklich auch Fortbildungen gibt, Thematisierungen viel mehr als jetzt noch.“ (Suchtberatung Tirol)

Der Vorsitzende des Suchtbeirates des Landes Tirol und Leiter der Drogenstation im Psychiatrischen Krankenhaus Hall, Ekkehard Madlung, reklamiert ein Fehlverständnis, wenn sich AMS-MitarbeiterInnen bisweilen für eine Reduktion der Methadondosierung stark machen, um eine Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt herzustellen:

„Und da habe ich auch die Erfahrung aus meinem Bereich, jetzt grade im AMS, da oft - ich sage es jetzt einmal ganz direkt - ganz unmögliche Indikationen gestellt werden, oder dass Patienten zu mir kommen oder zu uns zum Entzug kommen und sagen, sie müssen ihre Methadondosis von 100 auf 50 reduzieren, dann wird das AMS sich darum kümmern, dass sie einen Arbeitsplatz kriegen. Wo ich aus medizinischer Sicht sage, das ist kontraindiziert;

der braucht 100 Methadon, damit er gut funktioniert, wenn man dem die Hälfte nur mehr gibt, dann ist das eine Destabilisierung und eine Labilisierung der Situation. So ist er aus meinem medizinischen Gesichtspunkt aus arbeitsfähig auf einem gewissen Niveau oder was auch immer. Und wenn ich da vom AMS die Rückmeldung kriege, da muss man erst reduzieren bevor - dann ist das kontraproduktiv und eigentlich nicht hilfreich.“ (OA Dr. Madlung)

Er appelliert daran, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der Medikation bzw. deren Dosierung zunächst zu entkoppeln, die individuelle Notwendigkeit für die Substitution in den Vordergrund zu stellen und von daher zu schauen, was dann für den/die Einzelne/n jeweils an Maßnahmen passt:

„Ich meine es geht um eine differenzierte Begutachtung: Es gibt Substituierte, die haben keinen Beikonsum, es gibt Substituierte die haben viel Beikonsum; es gibt Substituierte, die trotz Beikonsum arbeiten gehen. Also: eben wegzukommen von irgendeiner Medikation und einer Dosierung und dann die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, sondern wirklich individuell jeden anschauen, wozu ist er in der Lage, was macht einen Sinn bei dem. Ich denke das wäre ökonomisch sinnvoll und ist für Rehabilitation, wo auch immer, in welchem Schritt auch immer das Sinnvolle. Und es ist im Endeffekt für ein zufriedenes Leben der Patienten, was einen dann einen Schritt weiterbringt, einfach notwendig und Voraussetzung.“ (OA Dr. Madlung)

Der Dialog aller Beteiligten bleibt nach Ekkehard Madlung zentral, da das Thema Arbeit/Beschäftigung in der Suchttherapie immens wichtig ist und die jeweilige Entscheidung für das Mittel der Wahl nur im Zusammenspiel der Akteure auf allen Ebenen getroffen werden kann:

„Und insgesamt ist da einfach das Thema Arbeit für die Suchttherapie ein immens wichtiges Thema, ist eh auch schon mehrfach angesprochen worden. Weil viel, was die Prognose der Entwicklung der Erkrankung betrifft, hängt davon ab, ob die Menschen ein sinnerfülltes Dasein haben, und das ist auf unterschiedlichen Ebenen. Für manche ist das Abrakadabra ein Schritt und für andere ist das Lama, das Emmaus und für wieder andere ist es der erste Arbeitsmarkt. Also da braucht es das Zusammenspiel von vielen.“ (OA Dr. Madlung)

Birgit Keel rückt eine generalisierende Wahrnehmung des AMS zurecht und differenziert aus ihrer Wahrnehmung in den Suchtberatungsstellen:

„Das sind Einzelfälle, kann man auch nicht sagen das macht das AMS, sondern das ist dann halt dort eine Beraterin oder ein Berater, die dann dem sagt, okay du musst jetzt runter von dem Methadon und erst dann vermitteln wir dich.“ (Suchtberatung Tirol)

Aus der Z6-Drogenberatung für Jugendliche wird kritisch über die Erfahrung berichtet, dass eine AMS-Empfehlung Richtung I-Pension aufgrund der Einbindung ins Substitutionsprogramm ein Fehlverständnis darstellt.

„Und bis hin, dass Klienten zu mir kommen, die ich langfristig habe und ich da ganz viel Motivationsarbeit leiste, warum Arbeit wichtig ist, also diese Strukturen zu schaffen. Das hat ja mit der Krankheit, ist das ja auch ganz ganz wichtig, dass die Leute etwas zu tun haben und nicht den ganzen Tag daheim herum hängen. Und dann gehen sie aufs Arbeitsamt und am Arbeitsamt sagen sie dann: eigentlich bist du eh im Substitutionsprogramm, geh doch in I-Pension! Dann sagen die jungen Leute zu mir: Ist denn die verrückt oder der! Ich will ja noch nicht in Pension gehen usw.“ (Z6-Drogenberatung)

Jenseits vom Substitutionsthema wird das AMS auch in seinen Nöten wahrgenommen, für das Klientel vielfach auch keine passenden Jobs zur Verfügung zu haben.

„Es betrifft sehr wenige: also wenn es um Klienten geht, die wir betreuen, die ins Caravan wollen oder ins TransForm, da natürlich, da gibt es diese Zusammenarbeit mit dem AMS. Aber ansonsten, wenn jetzt Klienten von uns auf Arbeitssuche sind, wir begleiten sie manchmal zum AMS, einfach zu dem AMS-Termin, unterstützen sie auch bei der Arbeitssuche. Aber es ist einfach schwierig, weil keine Stellen da sind.“ (PSP)

Kritisch wahrgenommen wird die Enttäuschung, bis hin zur sich ausbreitenden Hoffnungslosigkeit, wenn sich SuchtklientInnen – in überschießender Freude, schließlich doch einen Job angeboten bekommen zu haben – in die Arbeit stürzen, und aufgrund der sich ergebenden Überforderung auch rasch wieder scheitern. In der AMS-Wahrnehmung ergibt sich dann zwangsläufig das Bild von Abbrüchen in kurzer Folge und die vorschnelle Schlussfolgerung einer „sinnlosen“ Bemühung.

„Die Leute sind motiviert, sie wollen arbeiten und es ist einfach ein großer Druck oft in den Arbeitsstellen. Das sind dann einfach auch Leute die dann weil sie so froh sind, dass sie einen Job haben, einfach auch Gas geben und dann schnell in die Überforderung kommen. Und dann einfach wieder enttäuscht werden, weil sie das nicht geschafft haben. Und das AMS sich dann - denke ich mir- auch oft denkt okay, müssen wir den überhaupt noch vermitteln? Also da ist schon oft ein - ich habe das jetzt selber noch nicht erlebt bei den Terminen - aber die Klienten berichten oft, wenn sie alleine zum AMS gehen, werden sie oft nicht ernst genommen. Da ist die Liste mit den Arbeitsstellen, schauen Sie einmal... das ist schon die Erfahrung, dass die Leute da nicht wirklich ernst genommen werden.“ (PSP)

AMS-KlientInnen, die angetrunken zum Beratungstermin erscheinen, dürften in der Regel Personen sein, die noch gar nicht im Hilfesystem angedockt haben. Von daher stellt sich hier die Herausforderung, wie der Weg dorthin in der AMS-Beratung aktiv gebahnt werden kann:

„Wenn die Leute betrunken zu einem Termin kommen, das ist natürlich eine schwierige Situation auch für den Berater beim AMS, der dann da ist. Aber ich denke das sind eher Klienten, die jetzt im Hilfesystem noch nicht so angedockt sind. Unsere Klienten die begleiten wir im besten Fall oder wir beraten Sie vorher. Kann einmal vorkommen, dass jemand etwas trinkt, aber es wird eher der Ausnahmefall sein. Die Leute die da wirklich überfordert sind auch mit dem AMS Termin oder so im Alkoholkonsum drinnen sind, dass sie betrunken zu diesem Termin gehen, das sind die Leute, die im Hilfesystem noch nicht angedockt sind. Und da wäre es natürlich in Zusammenarbeit mit dem AMS interessant, wie bringen wir die Leute dann da hin? Sei es denen einen Flyer in die Hand zu drücken oder irgendetwas. Das wäre natürlich optimal.“

¹⁰ (PSP)

Grundsätzlich wird dem AMS aus Sicht des Suchthilfesystems eine positive Bereitschaft und Kompetenz attestiert, die heikle Frage der Kooperation von KlientInnen und deren Veränderungsmotivation professionell, differenziert und mit Fingerspitzengefühl anzugehen, wenn es um die Überwindung der Abwehr geht.

„Ich meine das muss sich verändern, das ist ein Paradigmenwechsel - dass eben da die Kooperationsbereitschaft der Patienten steigen muss noch, weil halt das Arbeitsamt als Zuweiser gewisse Druckmittel ja auch hat um zu sagen, das wäre jetzt etwas. Und das ist für den ganzen Rehabereich in der Übergangsphase jetzt eher Problem, wenn man sagt, wir wissen oder wir denken das wäre gut für dich und du musst jetzt kooperieren und wenn du nicht kooperierst, könnte da eine Einschränkung finanzieller Art und Weise dann nachher auf dich zukommen. Da ist halt die Frage mit der Motivation und mit der Betreuung, und das denke ich ist schon besser geworden in den letzten Jahren. Auch beim AMS kommt, dass diese Reha-Berater da auch ein bisschen mehr Fingerspitzengefühl haben, das läuft schon denke ich ganz gut.“ (Therapiezentrum Mutters)

Im Plädoyer für eine Sichtweise, die Suchterkrankung in Bezug zu oft stark eingeschränkten Möglichkeiten der Betroffenen wahrnimmt, wird das Thema der „Freiwilligkeit“ von KlientInnen bzw. eines „notwendigen“ Drucks von außen aufgegriffen. Zunächst erscheint hier der Aspekt wesentlich, dass die Passgenauigkeit von Angeboten entscheidend bleibt. Diese müssen zum aktuellen Funktions- und Strukturniveau der Zielpersonen passen:

„Und was diese Freiwilligkeit betrifft, ich glaube, wir neigen dazu im Suchthilfesystem dann immer die Menschen verantwortlich zu machen: die wollen ja gar nichts! Ich persönlich bin der Meinung, wenn wir es schaffen adäquate

¹⁰ Im Kapitel 6.2 „Ansprechprobleme“, wird noch näher auf die wahrgenommenen Schwierigkeiten eingegangen, die „alkoholische Abwehr“ im Reha-Beratungsgespräch – aber auch in der allgemeinen Vermittlungszone – aufzuweichen.

Angebote zu finden, dass sie das sehr wohl wollen, also wenn sie das Gefühl haben, sie profitieren davon, das bringt ihnen was, dann sind sie sehr dankbar für solche Angebote. Nur, erstens braucht es solche Angebote und sie müssen aber auch zur Verfügung gestellt werden. Wenn man einen Menschen, der darum kämpft irgendwie seinen Tag zu strukturieren und sagt, du musst jetzt ein AMS-Bewerbungstraining machen, dann ist das wahrscheinlich nicht adäquat für den und dann werde ich auch da drinnen schlafen oder fehlen; ist dann eine vergeudete Maßnahme.“ (OA Dr. Madlung)

Gleichzeitig ist es notwendig und sinnvoll, die strukturell gegebene positive Abhängigkeit der KlientInnen zu berücksichtigen. Die Technik des motivational-interviewing als Kommunikationsmodell veranschaulicht die besonderen Voraussetzungen, unter denen sich Einsicht und Veränderungsbereitschaft sowie in weiterer Folge eine intrinsische Motivation fördern lassen. Der Suchtkoordinator für Tirol lobt in diesem Sinn bestehende Bemühungen des AMS und regt gleichzeitig eine Intensivierung der Fortbildung an:

„Also ich glaube, dass es, so wie ich es wahrnehme, auf jeden Fall Bemühungen vom AMS gibt, da für die Mitarbeiter auch Sensibilisierung workshopmäßig so ein bisschen etwas anzubieten. Ich glaube aber, ähnlich wie beim niedergelassenen Hausarzt und auch in anderen Bereichen: da gibt es also wirklich Elemente von dem motivational interviewing – wo du eine Haltung dir aneignest, wo du zwar sagst, ich nehme etwas wahr, ich sehe auch etwas Problematisches, ich glaube auch, dass es gut ist, wenn da eine Veränderung passiert und eine konstruktive Auseinandersetzung. Aber dann auch wieder viel zurück spielst an den Klienten und schaust, wo hat der überhaupt den Veränderungswunsch und wo will er etwas tun? Also wo du nicht zu sehr in die Forderung hineingehst aber ihn auch nicht nur allein lässt mit dem, sondern schon auch das eine oder andere ihm zumutest. Also wenn es gelingt so eine Haltung zu entwickeln und dann noch das Wissen darüber dass es einen Verein BIN gibt, den Verein Suchtberatung, es gibt das und jenes. Das AMS hat auch so eine gewisse Möglichkeit auflagenorientiert zu arbeiten, indem sie sagen: ja, bitte tue einmal, geh einmal dorthin, bringe mir eine Bestätigung mit, dass du das gemacht hast. Ich glaube, dass da noch Entwicklungspotenzial drinnen ist.“ (Suchtkoordinator)

In seiner Wahrnehmung gibt es hier größere Unterschiede zwischen dem Fachbereich Reha im AMS und den allgemeinen Servicezonen, insbesondere in der Peripherie:

„Und da glaube ich, hat das AMS schon, da gibt es noch Möglichkeiten, wo sie ihr Personal besser schulen können und wo sie dazu beitragen können, dass Klienten schneller in eine richtige Schiene kommen. Und dann, wenn sie soweit sind, auch wieder zum AMS zurückkommen. Gerade Reha-Mitarbeiter in Ballungszentren sind da schon volle fit und total gut. Und andere, die

neu hineinkommen oder sonst wenig mit dem zu tun haben, tun sich noch einmal schwerer. Das ist ganz klar.“ (Suchtkoordinator)

Die Einladung der Leiterin des Caravan, sich hier unmittelbar für direkte „Überweisungen“ und weitere Abklärung zur Verfügung zu stellen, modelliert die Intensivierung einer verbindlichen Angebotskultur für KlientInnen im optimierten Zusammenspiel zwischen AMS und Suchthilfesystem:

„Zumindest was das AMS tun kann, und da denke ich, da können sie schon ein bisschen den Klienten auch in die Verpflichtung bringen, dass er sagt, okay er kommt zumindest her und horcht sich das einmal an. Und ich habe ja viel mehr Zeit, ich kann dann ganz anders mit diesen Personen reden auch, einfach auch, wenn er sagt, er weiß nicht wirklich warum, und geschickt worden ist. Dann frage ich, wo könnte der Berater den Verdacht her haben und da kommt man schon ein bisschen ins Reden auch schön langsam. Und diese Zeit hat natürlich der Berater gar nicht. Weil ich sage, alleine wenn grundsätzlich einmal das Erkennen da ist überhaupt, dann ist ja schon viel geschafft auch.“ (Caravan)

Erfreulich positiv erscheint die grundsätzliche Wertschätzung des Suchthilfeangebots von Seite des AMS, wie hier beispielhaft aus Sicht des Caravan ausgedrückt, wenn es um die Bewilligung der Maßnahme bzw. die Unterstützung der KlientInnen geht:

„Ich meine bisher ist es immer gewesen wenn ich oder die Person gesagt haben, ich möchte im Caravan teilnehmen, ich habe noch nie von einem Reha-Berater gehört, er darf nicht mitmachen. Ganz im Gegenteil, die unterstützen das sehr.“ (Caravan)

Verbesserungsbedarf bleibt für die Entwicklung von Voraussetzungen für frühzeitigere Interventionen, die den großen latenten Anteil Alkoholabhängiger in einem früheren Stadium in Richtung Suchthilfesystem bringen könnte:

„Aber was immer Thema ist und das ist auch das, was ich schon öfter angedreht habe, mit der RGS auch, dass erstmal wichtig ist, die Klienten in ihrer Krankheit so rasch wie möglich zu erreichen, aber wann erkennt man das? Wie erkennt man das? Es hat einmal die Situation, dass die Reha-Berater viel zu wenig Zeit haben um überhaupt mit den Klienten in Kontakt zu kommen, in Beziehung zu kommen auch, bzw. auch in allgemeinen Zonen teilweise da die Informationen fehlen. Das ist sicher das, was immer mehr im Gespräch ist und sicher auch mehr forciert wird. Aber nach wie vor sicher ein großes Problem ist.“ (Caravan)

Mit Blick auf die NEETS-Jugendlichen positioniert sich die Z6-Jugenddrogenberatung in Innsbruck, wenn sie das AMS ermutigt, die Verpflichtung zum Kontakt im Sinne von Verantwortung für sich selbst und gegen destruktive Verwahrlosung ernst zu nehmen:

„Zum Beispiel diese AMS-Maßnahmen, wo sie verschiedene Anbieter haben für jene, die von den Pflichtschulen weggekommen sind, 15-, 16-, 17-jährige. Bei denen bin ich ja ganz viel auch. Und diese Maßnahmen kann ich total unterschreiben. Also das ist wirklich gut zu sagen, ihr bekommt euer Geld aber nur, wenn ihr unsere Strukturen annimmt. Und das habe ich jahrelang ganz anders erlebt und da ist der Tag überhaupt nicht mehr strukturiert gewesen. Und das finde ich in dem schon gut auch.“ (Z6-Drogenberatung)

Sehr grundsätzlich stellen sich angesichts der existenziellen Not vieler SuchthilfeklientInnen aber auch Fragen nach der Definition von Erfolg in der Bewertung von Maßnahmen. Alarmierend deutlich wird dies nochmals aus der Praxiswahrnehmung des Caravan, nämlich dass mit Blick auf die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt als Erfolgskennziffer die Lebensrealität mancher TeilnehmerInnen nicht wirklich erfasst werden kann:

„Und das andere was sicher auch noch ist, eine Definition von Erfolg. Ich meine insbesondere sage ich einmal Einrichtungen wie Schulungseinrichtungen wie vom AMS, geht es ganz klar: wie viel Prozent an Erfolg? Dass man sich einfach einmal überlegt auch, was ist denn überhaupt Erfolg? Wo ich sage bei uns Teilnehmer, die haben jahrelang nur gesoffen. Ich meine wir haben Teilnehmer, die haben wirklich 25 Jahre durchgesoffen, vielleicht zwei Tage Abstinenz, wo sie einmal zwei Tage in die Klinik eingeliefert worden sind. Wo ich sage, alleine wenn die schon die Entwöhnungstherapie geschafft haben und zweimal bei uns waren, vier Monate Abstinenz ist schon ein wahnsinniger Erfolg für die. Klar, er ist noch am AMS. Darum denke ich, man müsste das alles noch viel globaler sehen. Und da fehlt mir ein Stück. Was natürlich dann aber auch andererseits einen Druck auf die Einrichtungen ausübt, weil wir müssen natürlich Zahlen bringen.“ (Caravan)

Von daher wird die gute Zusammenarbeit und Wertschätzung durch das AMS positiv wahrgenommen, weil sie sich eben nicht nur auf die Vermittlungskennziffern stützt. Auf der anderen Seite mangelt es offenbar dem ganzen Bereich der Suchthilfe etwas an einer klaren Orientierung in den Teilsegmenten, was jeweils als Erfolg der professionellen Anstrengungen zu werten ist:

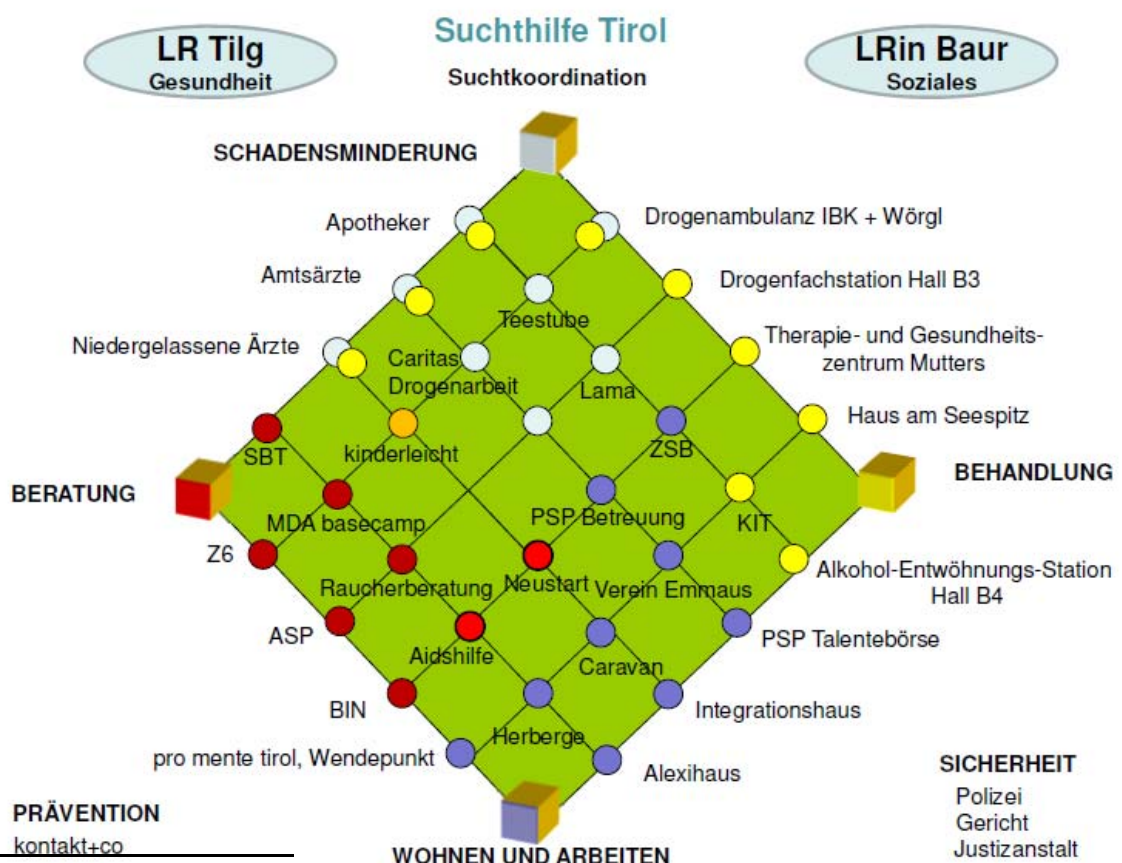
„Ich meine es ist eine gute Zusammenarbeit mit dem AMS, gar keine Frage. Bisher sind wir nicht infrage gestellt worden, weil ich glaube sie wissen, wie das Klientel ist. Aber trotzdem gibt es diese Zahlen wo ich mir denke, vielleicht müsste man einmal überlegen, tut man das mit Zahlen definieren oder gibt es andere Definitionen, die man auch da noch mit hineinbringt.“ (Caravan)

6.2. Wahrnehmung des Suchthilfesystems aus der Perspektive des AMS

Wie von den AkteurInnen des Suchthilfesystems wird auch vom AMS ein Kulturwandel in den letzten 20 Jahren berichtet, was die gegenseitige Wahrnehmung betrifft: Wo man sich früher fast feindbildhaft gegenüber gestanden ist, bleibt heute die gemeinsame Bemühung um einen anspruchsvollen KlientInnenkreis im Vordergrund:

„So die zwischengeschalteten Sozialarbeiter: hat sich wesentlich gebessert! Also so in meinen Anfängen, so in den achtziger Jahren, da war ja das damalige Arbeitsamt war ja das Feindbild par excellence, da ist man ja geknechtet, geknüppelt und geknebelt worden. Da war man das Letzte. Also fürchterlich. Das was die Medizinvorsorge/ Nachsorge mühsamst aufgebaut hat, hat das Arbeitsamt, das damalige Arbeitsamt, mit einem Federstrich zunichte gemacht usw.! Das hat sich Gott sei Lob und Dank gebessert.“

Wesentlich geht es auch um die heikle Kommunikation im multiinstitutionellen Feld der Suchthilfe Tirol, das sich in folgender Grafik¹¹ zwischen den Polen Schadensminderung-Behandlung-Beratung –Wohnen&Arbeiten aufspannt:



¹¹ Quelle: Suchthilfekoordinator Land Tirol

Im Abgleich mit den Ärzten gestaltet sich der Austausch zwischen AMS und Suchthilfesystem freier; zwischen AMS und Suchthilfeeinrichtungen kann in vielen Sachbereichen offener kommuniziert werden:

„Mit den Ärzten ist es schwieriger, weil die einfach durch die Verschwiegenheitspflicht mit uns nicht so offen kommunizieren können, wie wir es bräuchten.“

Die Intensität des Kontakts und die direkte Kooperation mit dem Suchthilfesystem ist auf Beraterenebene stark unterschiedlich ausgeprägt. So bleibt es wie in den folgenden drei Beispielen aus der Reha-Beratung bei eher indirekten Bezugnahmen:

„Also Zusammenarbeit täte ich da als übertrieben bezeichnet. Wir haben schon, dass wir von unseren Kunden dann halt die Berichte zur Verfügung gestellt kriegen, Entlassungsberichte, Verläufe usw. [...] Aber so direkt, dass ich jetzt sagen müsste, ich habe jetzt da viel Kontakt mit den Einrichtungen? Das ist nicht der Fall.“

„Wir haben schon Kunden, die auch in Betreuung sind bei BIN. Haben wir eigentlich wenig von dem her, dass wir da so direkt in Kontakt sind, da sind eigentlich ganz wenige. Also Personen gehen hin, das auf alle Fälle, solche Einrichtungen nehmen immer mehr wahr, das stimmt schon. Aber wir sind eigentlich weniger im Kontakt mit denen direkt. Was mehr sind - also Haus Sebastian in Kiefersfelden, das ist ja eigentlich auch etwas, wo Tiroler Personen draußen sind - ja da sind wir manchmal, also wenn wir Personen draußen haben, dass wir in Kontakt sind, aber mehr so sporadisch. Aber sonst haben wir da eigentlich nicht so viel Kontakte.“

„Also ich habe jetzt noch nie jemanden zum BIN geschickt, ich weiß nicht, wie es mit meinen Kolleginnen ist.“

Dabei gibt es aber beispielsweise regionale Unterschiede, wo durch die enge räumliche Nähe ein stärkerer Austausch angeregt wird, wie beispielsweise in Imst:

„Das ist bei uns sehr gut. Dadurch dass im Bezirk Imst doch alles auf den Stadtkern Imst beschränkt ist sage ich einmal, es ist alles relativ klein, man hat wirklich viel Kontakt und engen Kontakt, also da ist die Zusammenarbeit sehr gut.“

Insgesamt wäre noch das Profil zu schärfen, was die einzelnen Bausteine in der Gesamtsystematik leisten. So wird die Beratungsstelle BIN auch erst als Möglichkeit nach einer erfolgter Entwöhnungssequenz gesehen und nicht am Start zur Initiierung und zum Aufbau einer Therapiemotivation. Im folgenden Statement werden beispielsweise der Hausarzt als Initiator oder auch die Nutzung der PVA-Gesundheitsstraße als primäre Stationen bzw. Mittel zur Motivationsentwicklung adressiert:

„Also BIN ist eigentlich eher, laut meiner Erfahrung, eher der letzte Schritt, nach erfolgtem Entzug, vielleicht nach erfolgter Entwöhnung. Und erst dann wirklich so alles, ambulantes Programm, das BIN. Initiierung ist bei uns wirklich der Arzt, entweder der Hausarzt selber oder natürlich auch wenn die Problematik ganz stark ist, wo wir einfach auch die Gesundheitsstraße nutzen von der PVA.“

Auf die Frage nach direkten Kontakten zur Suchthilfe wiederholt sich an anderer Stelle die Unschärfe in der Bezugnahme auf einen verbindlichen Abklärungs- und Motivationsprozess. Hier scheint es Potenzial zu geben, die Schritte von der Wahrnehmung einer Suchtproblematik bei KlientInnen hin in ein verbindliches Beratungs- und Behandlungsregime deutlicher zu entwickeln und interinstitutionell über entsprechende Austauschprozesse zu verankern:

„BIN haben wir halt noch, aber auch da ist eigentlich - und direkte Kontakte mit Mutters weniger, mit Hall halt, mit Hall schon. Aber jetzt nicht so, dass wir einen Entzug initiieren würden oder so, das nicht.“

Das AMS ist in seinem Grundauftrag unmittelbar am Thema „Beschäftigung“ ausgerichtet. Das prozessuale Vorfeld (Krankheitseinsicht, Entwicklung einer Veränderungsmotivation, Therapiebereitschaft), das bei Suchterkrankungen den direkten Zug Richtung Beschäftigung oft verstellt bzw. verunmöglicht, entwickelt sich dann leicht in einen Nicht-Zuständigkeitsraum, angereichert durch eine gewisse Ratlosigkeit, die Suchtverhalten im Umfeld genuin gerne erzeugt. Dies erklärt sich vielleicht auch deshalb, da ansonsten bewährte Förderinstrumente des AMS wie etwa „Schulung“, „Training“ oder „Coaching“ hier nicht greifen, solange die Grundstörung „Sucht“ nicht explizit in einen professionellen Bearbeitungszusammenhang und Behandlungsprozess gebracht werden kann.

Im Vergleich dazu hat sich zu den Einrichtungen für „andere“ psychische Erkrankungen (wie etwa Depressionen, Angststörungen, Belastungsstörungen etc.) – bei denen das Vorliegen einer Suchterkrankung in der Vergangenheit dezidiert ein Ausschließungsgrund war - offensichtlich eine verbindliche, intensivere Zusammenarbeit entwickelt:

„Institutionen mit denen wir viel Kontakt haben, das ist die GPG und der PSP, also diese zwei Einrichtungen, wenn da jemand Tagerstruktur hat, beim ARTIS mache ich die Projektbetreuung, da fahr ich sowieso einmal im Monat hinauf und machen wir die Teambesprechungen; die Werkbank gibt Rückmeldungen. BI, die PVA natürlich, die Arbeitsassistenz, also es gibt schon viele Einrichtungen, mit denen wir viel intensiv zusammenarbeiten.“

So bleibt Suchterkrankung ein Sonderfall, der bei einigen Aufweichung in der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Hilfelandschaft aber doch noch gerne außen vor bleibt, wenn es um Tagesstruktur oder Hilfen zur Beschäftigungsintegration geht:

„Es gibt in Imst etwas ähnliches [wie Abrakadabra in Innsbruck] von der Gesellschaft für psychische Gesundheit eben den Tagesclub, wo man auch stundenweise eben aufgenommen wird, beschäftigt wird. Es werden für Suchtkranke schon Ausnahmen gemacht, aber normalerweise nicht. Auch zum Beispiel eine Arbeitsassistenz oder eine Ausbildungsassistenz, die nehmen keine Suchtkranken. Die bleiben sich selber überlassen.“

Am Beispiel des Caravan wird positiv die haltgebende Struktur nach der Entwöhnungsbehandlung hervorgehoben.

„Das Caravan ist vom Ansatz her nicht schlecht, weil sie sich damit beschäftigen, was tun die Leute, wenn sie nach dem Entzug kommen. Und da sind sie aufgefangen und haben eine Struktur. Das gibt es aber nur für die Alkoholkranken, das gibt es für die anderen ja gar nicht.“

Bei den Opiatabhängigen wird in erster Linie die hohe Rückfallquote wahrgenommen, wesentlich mitbedingt durch die berufliche Perspektivlosigkeit und das Eintauchen in ein unverändertes soziales Umfeld:

„Wenn jetzt jemand vom Haus am Seespitz kommt, von Maurach runter, das ist eigentlich das Einzige was ich bei uns da weiß an Therapien, dann sind die meistens in ihrem alten Trott drinnen, die gleichen Leute um sie herum, die keine Perspektive keine Arbeitsstelle, keine Ausbildung haben. Und die Rückfallquote ist bei uns auch enorm. Auch wenn jemand einmal so eine Einrichtung besucht.“

Insgesamt umweht die Suchthilfe der Eindruck einer letztlich nur sehr begrenzt nachhaltigen Wirkung, was das Suchtverhalten und insbesondere die Abstinenzkonstanz – und damit aus Sicht des AMS einer konstanteren Arbeitsfähigkeit - anlangt, wie die folgenden beiden Einschätzungen darlegen:

„Oder auch Alkoholbereich, sie besuchen ja nicht alle das Caravan, sie machen ja auch Mutters, sie machen das Haus Sebastian in Kiefersfelden, nutzen bei uns sehr viele Österreicher, so Sachen, aber das (lacht), also ich muss sagen die Rückfallquote ist wirklich sehr hoch! Ich möchte nicht sagen, dass ich meinen Optimismus verloren habe, das nicht. Aber dass man einfach sehr realistisch wird, sagen wir es einmal so.“

„Und die Entwöhnungstherapien, die Langzeittherapien und so - ja, also ich kenne die Zahlen ehrlich gesagt nicht, ich kenne sie nicht die Zahlen, wie viele da eine Therapie erfolgreich abschließen. Wie die Rückfälle dann sind, sehr hoch denke ich.“

Die explizite Abstinenzorientierung der beiden Alkoholfokussierten Projekte Caravan und Emmaus wird in ihrer Unterschiedlichkeit positiv wahrgenommen: Für wen das Seminar im Caravan zu „kopflastig“ bleibt, der findet im Projekt Emmaus eine stark auf das Tun ausgerichtete

Umgebung. Bei beiden Projekten entsteht auch eine positive Wahrnehmung hinsichtlich längerfristiger Vermittlungs- bzw. Integrationserfolge in den Arbeitsmarkt:

„Das Caravan war eine Bereicherung, auf alle Fälle. Ist aber natürlich nicht jedermanns Sache. Das ist schon, finde ich, also habe ich das Gefühl, eine relativ hohe drop out quote - nein, hoch? Nein, es ist halt nicht jedermanns Sache. Vom Angebot her reicht es insofern aus, weil wir es nicht schaffen, die Leute zu motivieren.“

„Emmaus finde ich super. [...] Die Effizienz der Personen, die das ganze Projekt, die Maßnahme durchmachen, durchstehen, dabei bleiben bis zum Ende, die haben auch sehr gute Vermittlungschancen. Also da sind sehr viele dann in Arbeit, mehr als wie bei ganz normalen Qualifikationsmaßnahmen oft.“

Akzeptanzbasierte Projekte wie das Lama oder das Abrakadabra werden kritischer wahrgenommen – nicht zuletzt schuldet sich diese Wahrnehmung den im Arbeitslosenversicherungsgesetz definierten Anforderungen, denen die KlientInnen so oft nicht entsprechen können. Gleichzeitig wird hier mehr Flexibilität gewünscht:

„Ich mit meinen Fantasien hab mir dann irgendwie einmal gedacht, so wie das Projekt Lama oder ähnliches - weil so der Umgang mit Tieren für mich dann schon so eine, sehr eine starke therapeutische Wirkung hat. Wobei ich mir dann aber denke, dass es auf der Geringfügigkeitsbasis das sicher nicht den Anforderungen entspricht, die wir uns wünschen und die vom Arbeitslosenversicherungsgesetz gefordert wird. Wobei ich mir aber dann denke, gut okay, eine Flexibilität wäre wünschenswert.“

Befürchtungen betreffen eine mögliche „Hängemattenfunktion“ durch eine Mitarbeit z.B. im Abrakadabra, durch welche das Streben nach einer Weiterentwicklung und die Motivation konsequent den nächsten Schritt in der Reha-Pyramide (Richtung der Spitze einer dauerhaften Abstinenz) zu machen, untergraben werden:

„Das Abrakadabra ist ja sowieso für mich eher hinderlich als wie unterstützend. Weil die Leute sagen, ja ich arbeite ja eh. Wozu soll ich mich bewerben, weil ich arbeite ja eh! Und dann wenn es mir gut geht, dann gehe ich halt hin, kann noch etwas zur Notstandshilfe dazuverdienen. Ja wozu soll ich dann wirklich irgendwo halbtägige arbeiten gehen, wenn ich da eigentlich dann ein besseres Auskommen finde, als wenn ich 20 h die Woche regelmäßig arbeiten gehe. Was ich meine prinzipiell finde ich das gut. Wo sie dann eine finanzielle Unterstützung bekommen und etwas dafür tun müssen, das ist ja nicht schlecht prinzipiell. Nur wie ich sage, kann es auch sehr oft nach hinten losgehen. Ja und vor allem es fehlt die Motivation, die nächste Stufe zu machen.“

Besonders kritisch wird die fehlende Langfristigkeit der Reha-Bemühungen im Bereich der Suchthilfe wahrgenommen. Dies wird nicht den einzelnen Projekten oder Institutionen angelastet, aber als Systemfehler einer zu kurz getakteten Rehabilitationssicht, die nicht sinnvoll Bezug auf die Schwere von Suchterkrankungen und die Notwendigkeit vielfach mehrjähriger Stabilisierungsprozesse nimmt:

„Eben, zwischen den Dingen, die da so ein bisschen versorgen, da sind, und dem Arbeitsmarkt, dem die Personen nicht gewachsen sind, dem ersten Arbeitsmarkt, braucht es sozusagen speziell für den Personenkreis denke ich langfristige Möglichkeiten. Nicht so eine Intervention und ein Entzug und dann wird das noch ein paar Wochen ein bisschen begleitet und dann ist die Sache erledigt. Sondern das müssen langfristige Maßnahmen sein. Und mit langfristig spreche ich doch von 2-3 Jahren.“

Ein wichtiges Verbindungsstück zwischen medizinischer und beruflicher Reha fehlt in der folgenden Wahrnehmung überhaupt gänzlich. Beachtenswert ist, dass hier aus AMS-Sicht die Verbindung von Therapie, Beschäftigung und Erholung als integrierte Einheit gesehen wird. Die fehlende Dynamik bei der beruflichen Wiedereingliederung im Sinne einer schrittweisen Belastungssteigerung verweist auf das Manko fehlender bzw. zu starrer gesetzlicher Regelungen in diesem Bereich:

„Und ich meine, ich denke mir, es fehlt uns noch irgendwie so die Zwischenstufe zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation. Das Verbindungsstück fehlt uns noch. Wo man Platz hat für Beschäftigung, wo man aber auch noch Zeit für Therapien hat und für Erholung. Weil Therapie ist ja nicht Erholung. Und das denke ich, wäre dann die beste Voraussetzung. Und da sind wir dann wieder bei den Firmen: dass es eine Arbeitssteigerungsmöglichkeit gäbe.“

Idealtypisch wird in Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke eine Dynamik in der zeitlichen Belastungssteigerung gewünscht – wobei auch schnell die Schwierigkeiten kenntlich werden, die einen dynamischen Ansatz bei grundsätzlich starren Vorgaben in diesem Bereich sehr schwierig in der organisatorischen Umsetzung machen:

„ Mit einem arbeitstherapeutischen Ansatz im Sinn von Heranführen mit Tagesstrukturen aber dann schon bisschen mehr, das schon in Richtung Arbeit geht, aber halt niedrighschwelliger anfangen. Dass der halt einmal in der Woche nur 10 Stunden arbeitet. Weil ich habe halt einfach die Arbeit, und die kann in 10 Stunden in der Woche bewältigt werden, die kann in 20 Stunden bewältigt werden. Und da sind wir wieder bei der Flexibilität. Wobei es ist mir klar, das dann abzuwickeln aufwändig ist.“

7. Wahrnehmung des Klientels seitens AMS und Suchthilfe

7.1. KlientInnen mit Alkoholgebrauchsstörung

Paradigmatisch für die Selbstwahrnehmung von Personen mit einer Alkoholgebrauchsstörung erscheint die zunächst oft stark geminderte Einsicht in die Schwere und Tiefe der Störung, selbst nach bereits erfolgtem Andocken in Suchthilfeeinrichtungen:

„Also gerade bei uns da ist oft einmal aus der Außensicht so klar, dass die Alkoholerkrankung absolut im Vordergrund steht, aber die Eigenwahrnehmung der TeilnehmerInnen bei uns ist dann doch oft eine andere. Also die nehmen das nicht so ernst die Erkrankung wie wir das jetzt tun, wenn wir das von außen nüchtern betrachten.“ (Lama)

In diesem Zusammenhang wird klar, dass das bislang unerreichte – von der Größenordnung her für die Frage der Aufrechterhaltung von Berufsintegration aber entscheidende – Potenzial Suchtkranker nicht notwendigerweise über eine sich entwickelnde Selbsteinsicht im System der Suchthilfe andocken wird:

„Weil unsere zwei Einrichtungen, die ganz klar spezialisiert sind auf die berufliche Integration auch und auf die Existenzsicherung und die Sachen, die zielen halt auf Leute ab, die aus welchen Gründen auch immer sagen: ‚Okay, ich muss aufhören mit dem Trinken. Nur dann kann ich zu den Zielen kommen‘. Der Großteil der Leute mit denen man in den Betrieben oder auch am AMS, glaube ich, konfrontiert ist, sind die, bei denen das nicht so klar ist. Wo zwar ein problematischer Konsum da ist, oder auch schon Abhängigkeit da ist, die aber den Weg der Abstinenz nicht will, oder für die das auch vielleicht noch gar nicht klar ist, dass das der Weg sein sollte: wo aber vielleicht einem Außenstehenden schon klar ist, da gibt es Probleme, das geht so nicht weiter.“ (Emmaus)

Die Frage nach der Motivation zur Veränderung erscheint aus Sicht des Leiters der BIN-Beratungsstellen komplex. Der soziale Hebel bleibt jedenfalls zentral, um Betroffene in eine Veränderungsdynamik zu bringen:

„Komplex, sehr komplex: Von total eigenmotiviert bis total fremdmotiviert sozusagen. Wobei der Unterschied ja auch nicht ganz stimmt, weil ganz fremdmotiviert kann in Wirklichkeit ja niemand sein; ich muss immer eigenmotiviert sein, sonst tue ich nichts. Also der Unterschied ist eine philosophische Streitfrage, wie man das bezeichnet. Aber die Gründe sind oft so verschieden. Partner natürlich machen einen riesigen Teil aus, muss man sagen. Bei den ganzen Jugendlichen sind es immer die Eltern oder sonstige Quasieltern, Jugendamt ab und zu, was man auch als Quasieltern dann bezeichnen könnte vielleicht. Arbeitsplatz macht auch etwas aus.“ (BIN)

Aus der AMS-Beratungsperspektive wird ein anschauliches Beispiel skizziert, wie sich unmerklich Co-Abhängigkeit, in diesem Fall über das empathische Verständnis für die wichtige Beziehung zu den Haustieren, bereit legt:

„Wobei ich mir denke, manchmal täte es den Leuten nicht schaden, wenn sie wirklich also im Umfeld einmal wegkommen würden. Und dann ist halt irgendwie zum Teil ganz schwierig so in den Gesprächen, wenn es dann darum geht Therapie zu machen und es heißt: ‚Ja, aber ich habe meinen Hund und zwei Katzen zuhause und ich kann nicht, wo sollen die versorgt werden‘ usw. und so fort. Ich finde eben Tiere ganz wichtig, dass die Leute nicht ganz ab-sacken, also von dem her.“ (AMS)

Die Kunst, und ein substanzieller Erfolg in der Arbeit mit Substanzgebrauchsgestörten Personen, liegen wohl darin, mit diesen in einem offensichtlich oft auch länger geduldig durchzuhaltenen Initialprozess bis zur Reifung einer einigermaßen durchgängigen Eigenmotivation in verträglich konfrontativem Kontakt zu bleiben. Wenn das gelingt, dann stehen auch role-models zur Identifikation bereit, die den Weg aus der Sucht erfolgreich gegangen sind. Diese role-models wären in einer seriösen, differenzierten Kampagne eventuell als Antidot zum Image der Substanzgebrauchsstörung – einerseits ausgeblendet und aus der Problemwahrnehmung verdrängt und andererseits, wenn unübersehbar, dann hoffnungslos – einzusetzen:

„Ich denke mir es gibt sicher auch Beispiele, die sind sehr motiviert. Ich habe auch Alkoholiker gehabt, die haben einen Entzug gemacht und dann eine Ausbildung gestartet, das wunderbar gemacht und sind integriert am Arbeitsmarkt. Das ist aber nicht die Masse, aber die Beispiele gibt es natürlich auch, die wirklich danach noch einmal durchstarten neu, eine neue Ausbildung starten und dann als qualifizierte Facharbeiter wieder auf den Arbeitsmarkt gehen.“ (AMS)

Im Caravan hat sich in der elfjährigen Laufzeit das Durchschnittsalter der SeminarteilnehmerInnen erhöht und liegt mittlerweile bei fast 50 Jahren:

„Das ist sicher schon der Durchschnitt vom Alter: wir haben 40 bis Mitte 50 würde ich sogar sagen. Es erhöht sich das Alter von denen, die jetzt bei uns da sind im Schnitt gegenüber früher.“ (Caravan)

Aus der Wahrnehmung der Alkoholstation des Psychiatrischen Krankenhauses Hall wird daran erinnert, dass Alkohol aber auch erst im Alter, jenseits einer Beruflichkeit, zum Problem werden kann:

„Es gibt viele alte Menschen, die fangen erst im Alter an zu trinken.“ (Prim. Haring)

Ein gegenläufiger Trend zum Caravan wird in der BIN-Beratung festgestellt: Dort wurde das Publikum in den letzten Jahren etwas jünger. Auch der Frauenanteil hat sich wesentlich er-

höht. Beide Veränderungen lassen einerseits auf eine höhere Sensibilisierung und Problembewusstsein (wenn vielleicht auch „nur“ im sozialen Umfeld) andererseits aber auch auf eine stärkere Ausbreitung und Ausweitung des Alkoholkonsums in diesen Populationen schließen:

*„Das Klientel ist ein bisschen jünger geworden. Die ersten Jahre oder die ersten zehn Jahre vielleicht sogar haben wir glaube ich so junge Jugendliche haben wir da eigentlich überhaupt nie gehabt. Es hat schon damals 30-jährige auch gegeben und so[...] Jetzt haben wir schon immer wieder Jugendliche, die natürlich nicht von selber kommen, das geht über die Eltern dann. Die sind ein bisschen sensibilisiert. Ich denke jetzt an meinen jüngsten Klienten, der war glaube ich 13. Und das hat es früher eigentlich nicht gegeben, das hat sich verändert, würde ich einmal sagen. Frauen sind fast - haben aufgeholt - sind fast gleich. Wobei man natürlich nicht sagen kann, wie das wirklich ist, aber bei uns zumindest, also bei uns kommen jetzt wesentlich mehr.“
(BIN)*

Das Durchschnittsalter beim BIN hat sich damit auf etwa 35 Jahre gesenkt. Als wesentlicher Faktor wird der gestiegene Berufsdruck identifiziert:

„Ich täte jetzt schon sagen, jetzt sind wir schon bei 35+, sind wir bestimmt jetzt schon herunter. Weil der Berufsdruck ist ja stärker geworden.“ (BIN)

Aus AMS-Perspektive werden Personen mit Substanzgebrauchsstörung nicht automatisch in der Fachabteilung „Rehabilitation“ betreut, sondern erst, wenn sie selbst entsprechende Befunde oder Gutachten vorlegen. So gibt es eine durchaus breite Wahrnehmung von Suchtphänomenen, demgegenüber aber stark unterschiedliche Zugänge, was Erfahrung und Kompetenz im Umgang mit Suchtklientel bzw. die Vernetzungsintensität mit Suchthilfeeinrichtungen betrifft:

„Ich muss schon sagen, dass bei uns auch Kunden betreut werden in der Beratungszone, also nicht in der Rehabilitationsberatung, weil sie eben nie etwas vorgelegt haben an ärztlichen Gutachten. Also da weiß man zwar, ja er hat ein Drogenproblem oder ein Alkoholproblem, aber es ist nicht wirklich eine Diagnose da. Die haben wir dann nicht wirklich in unserer Abteilung also die teilen sich dann wirklich über die ganzen Berater auf. Kann auch jemand in der Jugendberatung sein theoretisch.“ (AMS)

Aus der peripheren, gut überblickbaren Lage Osttirols wird von der Psychiatrischen Station des Krankenhauses berichtet, dass etwa die Hälfte der Alkoholabhängigen noch im Erwerbsprozess integriert ist:

„Wenn, zumindest wenn wir sie sehen, Alkoholabhängige, dann sind die zur Hälfte noch im Arbeitsprozess, zur Hälfte schon nicht mehr oder schon lange nicht mehr. Es gibt schon so mittelalterliche, meistens Männer, und das sind bestimmt 100 im Jahr, Personen nicht Fälle, und von denen sind 50 noch in

Arbeit und machen schnell etwas, damit sie eben irgendwie noch arbeitsfähig bleiben, und das funktioniert auch ganz gut, zum Teil auch mit den Betrieben, [...] wenn die frei kriegen zum Beispiel für die ambulanten Behandlungen.“ (Prim. Schmidt)

Insgesamt bleibt es aber schwierig, die Szene zahlenmäßig präzise einzuschätzen. Die Offenheit und Übersicht begrenzt sich nicht zuletzt durch ein vielfach mangelndes Verständnis von Betrieben für einen gestuften Umgang mit Suchtverhalten bei MitarbeiterInnen, was in weiterer Folge das Andocken bei erwartbar längeren Reha-Verläufen erschwert:

„Die Alkoholszene in den jeweiligen Altersgruppen ist unglaublich schwer einzuschätzen. Ich sehe schon, dass zum Beispiel die Betriebe sehr intolerant sind gegen Alkoholkonsum. Da kann man sich dazu stellen wie man will, da ist wenig Spielraum für die Betroffenen auch sich zu outen und zu sagen, ich habe da ein Problem, ich würde es gerne lösen, aber da brauche ich drei Wochen Zeit - da ist absolut kein Spielraum.“ (Prim. Schmidt)

Eine zentrale Wahrnehmung bezieht sich also auf die Heterogenität der Betroffenen und auf die Vielgestaltigkeit der Problemlagen. Beides wird auch vom WAMS beschrieben, das selbst keine Suchthilfeeinrichtung ist, sondern sich als Übergang, Trainings- und Transferhilfe Richtung erster Arbeitsmarkt anbietet:

„Der gemeinsame Nenner von den Transitarbeitskräften ist die Langzeitarbeitslosigkeit. Die Problemlagen, die dazu kommen, sind sehr heterogen. Und natürlich haben wir viele Klienten, bei denen eine Suchtproblematik ein Teil dieses Problemfeldes ist. Und auch diese Menschen sind in sich wieder sehr heterogen.“ (WAMS)

Mit Heterogenität sind nicht nur soziodemografische Variablen gemeint, sondern auch die Genese der Suchterkrankung. Aus der Erfahrung des Lama mit seinem akzeptanzbasierten niederschweligen Zugang wird das „Kippen“ aus der sogenannten Normalität berichtet:

„Genauso tauchen aber auch Leute auf bei uns, die eigentlich so dieses klassische, was als normal gesehen wird, Leben geführt haben, Familie, Häusl bauen, Wohnung, Arbeit, Kinder, alles. Vielleicht immer schon einen Hang zum Alkohol, aber eigentlich kein Problem, sondern wie halt, keine Ahnung, zig Tausende eigentlich viel trinken, aber halt so, dass es sich ausgeht und die einfach kontrolliert trinken, sage ich einmal. Und wo das dann aus irgendeinem Grund im Leben, aus einem einschneidenden Erlebnis dann einmal kippt, dieses Trinken. Die sind auch dabei gewesen beim Lama und das sind die, wo ich zuerst gesprochen habe, bei denen war es oft dann möglich, sehr rasch wieder den Weg zurück, den Weg Richtung Wohnen und wieder Arbeit finden.“ (Lama)

Ausgehend von der Vielgestaltigkeit der Problematik erscheint also ein Individuumzentrierter Ansatz Voraussetzung, um jeweils im Einzelfall abzuklären was weiterhelfen könnte:

„Aber das denke ich mir ist das Wichtigste, dass man sich die einzelnen Leute einfach genau anschaut: Was ist da möglich und was geht da noch? Person für Person, das ist individuell so unterschiedlich, das ist ganz eine inhomogene Gruppe, auch wenn man sagt, die sind jetzt alle alkoholkrank. Dann ist das wohl ein verbindendes Merkmal, aber alle anderen Merkmale sind miteinander ganz verschieden. Also nur vom Krankheitsbild gibt es sehr unterschiedliche Verläufe und oder Ausprägungen. Also das muss man extrem differenziert betrachten, das ist denke ich einmal fast das Wichtigste.“ (Lama)

Ein nicht unwesentliches, verbindendes Motiv für alkoholischen Entlastungskonsum im fortgeschrittenen Erwerbsalter scheint die Entwertung zu sein, die Personen empfinden, wenn die haltgebende Berufs- und Erwerbsbiografie durch Jobverlust in Frage gestellt wird und die Gewöhnung bzw. das innere Festhalten an der Vergangenheit die Plastizität für die Veränderung von Lebensentwürfen nach vorne stark herab gesetzt und starr gemacht haben:

„Dass sie dann trinken anfangen, weil sie die Stelle verloren haben, das passiert natürlich auch. Das ist nicht so selten, das kann man auch beobachten. Weil sie oft schon älter sind einfach und auch Angst haben natürlich, die haben teilweise gut verdient, waren lange im Beschäftigungsverhältnis, Arbeitslosengeld ist viel weniger, du kannst deine Existenz nicht mehr sichern wie vorher, also das ist dann schon ein dramatischer Einschnitt. Ich glaube auch dass die Leute sehr betroffen sind und Angst haben, dass sie nichts mehr wert sind und auch keinen Arbeitsplatz mehr finden, keinen entsprechenden. Ist ja teilweise so, muss man ja auch sagen die sind ja oft jahrelang arbeitslos, also das ist wirklich schwierig dann.“ (AMS)

Diese Beobachtung wird um den Aspekt gesellschaftlicher Veränderung in Form zunehmender Singlehaushalte erweitert, die im Lebensverlauf zu unerträglich empfundener Einsamkeit und in Folge zur Selbstmedikation „Alkohol“ führen können:

„Aber ich denke das sind nicht nur diese Arbeitsstrukturprobleme, die wir haben. Sondern ich denke, es sind hauptsächlich auch gesellschaftliche Veränderungen in punkto: viele Menschen leben alleine, Singlehaushalte ohne Ende. Auch bei unseren Patienten, viele haben Familie aber leben in der Regel alleine, auch gut gestellte oder gut situierte Menschen, die einen hoch dotierten ehrenhaften Job gemacht haben, plötzlich mit 60 dann alleine leben. Entweder ist die Frau gestorben oder der Mann ist gestorben oder man trennt sich, weil man einfach jahrelang das halt so aufrecht gehalten hat. Und dann irgendwann merkt man, so geht es überhaupt nicht mehr. Und dann kommt so dieses Alleinsein. Und wenn sie alleine sind und niemanden haben, mit dem sie praktisch ihren beruflichen Ärger oder ihren beruflichen

Stress mal kurz irgendwie abladen oder besprechen können am Küchentisch, dann ist das schon ganz anders. Und dann kommt wieder das Suchtmittel mit dem man das wunderbar kompensieren kann.“ (Therapiezentrum Mutters)

In der Abgrenzung gegenüber den „lustigen, saufenden Sndlern“ betont sich gesellschaftlich die Angst vor dem psychisch empfundenen Elend des Versagens (in Form von Beschämung), wenn bei Arbeitsplatzverlust bzw. Leistungsstillstand nicht nur der Lebenssinn, sondern das fragile Selbst wegschwimmt, dessen Wert sich so stark an der Leistungsfähigkeit orientiert:

„Diese Gesellschaft definiert sich halt extrem über Arbeit, also das ganze Sein hängt sich für viele Menschen ganz stark an dem Tun auf, an der Leistung auf, an der Arbeit auf. Und wenn man das so verinnerlicht hat, dann kann man ja nur am Selbstwert zweifeln am eigenen, wenn man das nicht schafft, also die fühlen sich ja einfach auch als Versager ganz oft. Oft wird man ja, mei die Sandler, die haben's hetzig, die saufen nur! Ich habe in diesen ganzen 13 Jahren fast niemanden kennen gelernt, der das tut weil es hetzig ist.“ (Lama)

Besonders zu erwähnen bleibt die Verdichtung von Suchtklientel aus dem Bereich des Unterbringungskontextes, also Heimen und Psychiatrie. Das Herausfallen aus „Normalität“ erfolgte hier lebensgeschichtlich früh. Die vielfach katastrophalen Bedingungen der öffentlichen Erziehungsstrukturen und das in weiterer Folge völlige Fehlen einer konstruktiv funktionierenden Backup-Familienstruktur verschärften zwangsläufig die Wahrscheinlichkeit von Wohnungslosigkeit und suchtmittelorientierten Kompensationsmechanismen:

„Auffallend viele Menschen, die bei uns im Klientel sind, auch beim Lama, aber stimmt jetzt auch für den ganzen Verein ein bisschen, sind Menschen, die in diesem unterbringungshistorischen Kontext Tirols drinnen waren, die in diesen Heimen waren, St. Martin und, und, und. Sehr viele von denen sind suchtkrank, sehr viele von denen sind irgendwann einmal von Wohnungslosigkeit betroffen und bedroht gewesen. Bzw. aus dieser Gruppe aller, die zu uns kommen, ist das eine auffallend große Gruppe, die aus dem - wie hat die geheißen die Psychiaterin? Dieses System Vogel - irgendwie da heraus. Auffallend viele waren in diesen Heimen, Kinder-/Jugendpsychiatrie.“ (Lama)

In den SÖB's wird beim Klientel ganz allgemein eine Veränderung festgestellt: Brüche in den Bildungs- und Berufsbiografien setzen etwas später ein. Gleichzeitig hat sich aber ein Phänomen erhalten, dass nämlich der Übergang von Schule zu Beruf in gleich fundamentaler Weise scheitert wie vor 10 Jahren auch schon:

„Ich rede jetzt von den letzten zehn Jahren. Da haben wir festgestellt, dass die Brüche in dieser Bildungs- und Berufsbiografie ein Stück später einsetzen bei den Personen zwischen 30 und 40, was die Hauptaltersgruppe ist. Wenn wir jetzt welche mit 50 haben, dann merkt man, die haben oft gar keine

Pflichtschuljahre. Aber jetzt, ja, ich denke mir da haben bestimmte Maßnahmen auch gegriffen, aber dieser Übergang Schule zu Beruf gelingt vielen unserer Klientinnen nicht. Genau so schlecht wie vor zehn Jahren, d.h. dann beginnen vielleicht 30-40 %, das ist immer ein bisschen unterschiedlich, beginnen noch mit einer Lehre oder einer weiterführenden Ausbildung, aber ein großer Teil bricht die dann auch ab.“ (WAMS)

Dass mit Fortschreiten einer Suchtkrankheit die Komorbidität zunimmt und sich damit die Behandlungskomplexität ausweitert, ist ebenfalls ein wichtiger Erkenntnisbestandteil in der Praxis suchtspezifischer Behandlung:

„Also je kränker jemand im Alkoholbereich zum Beispiel ist, desto mehr Krankheiten hat der sonst auch. Das gibt es nicht, dass da nur der singuläre Vorgang da ist. Das könnte ich mich nicht erinnern, dass ich so jemanden einmal getroffen hätte, der sonst gar nichts hat, gibt es fast nicht.“ (BIN)

„Viele von unseren Klienten haben einfach aufgrund des langjährigen Alkoholkonsums gesundheitliche Probleme, körperliche Probleme einfach Folgeerkrankungen, die dann zusätzlich die Integration erschweren und die Arbeitsfähigkeit vermindern.“ (PSP)

Negative Verläufe von KlientInnen, die erfolgreich im Suchthilfesystem angedockt haben und auch immer wieder neu andocken, in einer langfristigen Betrachtung aber „erfolglos“ bleiben und sich chronisch „verschlechtern“, trüben zunächst die Erfolgsbilanz fachlicher Interventionsangebote. Wichtig im Blick zu halten ist einerseits, wie positiv die wiederholten Anstrengungen für sich genommen waren – im Sinne des Ermöglichens von jeweils etwas Besserem als die Fortsetzung von intensivem Konsum. Auf der anderen Seite wäre es lohnend zu verstehen, wie sich das „Scheitern“ über schlechte Erfahrungen immer wieder neu konstituiert. Ein Punkt scheint dabei die chronisch herabgesetzte Resilienz gegenüber existenziell empfundener Enttäuschung zu sein:

„Fakt ist aber auch, dass wenn ich mir jetzt so die Klienten durchdenke, wo viele immer wieder eine Entwöhnungstherapie machen, einfach immer wieder die Situation sich verschlechtert, sie wieder Therapie machen, wieder in einen Prozess kommen, wo sie betreut werden, wo eine Tagesstruktur da ist und sich dann aber wieder eine Verschlechterung ergibt. Gründe dafür können unterschiedlich sein: Entweder wieder schlechte Erfahrung am Arbeitsplatz oder im Arbeitsmarkt, wo man einfach wieder enttäuscht wird, auch familiäre Situation.“ (PSP)

Schadensminderung ist nicht nur bei Opiatabhängigen ein primäres Interventionsziel, sondern auch für den Alkoholbereich ein nicht zu unterschätzend wichtiges (Teil-)Ziel, das unter anderem auch eine Trennlinie zwischen Arbeitsfähigkeit und nicht-mehr-arbeitsfähig ziehen kann. Damit wird auch ein Element zur Prävention vor dem Verlust (noch) bestehender Berufsin-tegration angesprochen:

„Und sonst Schadensminderung wo es geht. Weniger trinken ist schon super gut, das macht ja qualitativ gewaltige Unterschiede. Macht Unterschiede zwischen arbeitsfähig und nicht mehr arbeitsfähig oft!“ (BIN)

Eine unelastische Handhabung des Rückfallgeschehens aus Phasen der Abstinenz, wie sie historisch stark verbreitet war, hat zu sehr den Blick darauf verstellt, dass die Motivation für Abstinenz von PatientInnen nicht von einer absoluten Abstinenzgesinnung pro futuro ausgeht, sondern zunächst eine insgeheime Relativierung beinhalten kann:

„Es ist ja im Alkoholbereich auch so, dass man nur einen kleinen Teil der Leute erreicht. Da gibt es auch Untersuchungen: die auf abstinenzorientierte Alkoholtherapie gehen sind die wenigsten, die für sich mit dem Ziel hineingehen, nie wieder etwas zu trinken. Sondern die haben schon verstanden, dass sie ein Problem haben mit dem Alkohol, aber wollen es in den Griff kriegen. Und da hat sich aber die Medizin und die Suchttherapie über Jahrzehnte überhaupt nicht darum gekümmert, sondern das war ein Dogma: wenn du einen Schluck machst, dann bist du rückfällig und alles ist aus.“ (OA Dr. Madlung)

Von daher bleibt der Reduktionsansatz im Sinne einer sowohl-als-auch-Möglichkeit bedeutsam:

„Und jetzt kommt man drauf sehr wohl ist das möglich, dass Menschen die vorher ganz massiv und unkontrolliert getrunken haben auch lernen können einen kontrollierten Umgang zu haben. Und mittlerweile gibt es auch die ersten Aussagen von der WHO, wo die ganz klar geschrieben haben, dass vom Gesundheitsstandpunkt aus es ja wesentlich effektiver ist, wenn jemand statt 14 Bier nur mehr vier Bier trinkt, statt dass er von zehn Bier auf null Bier kommt. Und da hat man sich früher eben vor lauter „man muss clean sein“ und das ist das oberste - und da fangt sich aber an jetzt etwas zu verändern, und Gott sei Dank auch! Weil damit kann man dann auch mehr Menschen erreichen. Weil jemandem eine Hilfe anzubieten im Endeffekt, der diese Hilfe nicht will, das kann ja nicht funktionieren!“ (OA Dr. Madlung)

Gleichzeitig – und das steht nicht unbedingt in einem Widerspruch – erscheint das Erreichen von Abstinenz - nicht aus einem Bestehen auf der „reinen Lehre der Abstinenz“ sondern zur Reduktion der Intensität des motivationalen inneren Kampfes beim ständigen Versuch „auf kleiner Flamme“ zu leben – wie etwa beim kontrollierten Trinken oder Trinken nach Plan – vorteilhaft:

„Die Art, das haut nicht hin. Also ich habe noch keinen getroffen, der das nicht gesagt hätte, wenn er es probiert hat. Der innere motivationale Kampf gegen die Sucht und wenn du ab und zu trinkst, dann ist ja offensichtlich, wird das Suchtgeschehen im Nervensystem wieder angeheizt und da drehst

du die Gasflamme wieder auf, das ist ja schwer. Je länger dass ich abstinert bin, desto weniger Entzug habe ich. Obwohl er nie ganz aufhört, aber es wird weniger.“ (BIN)

„Ich habe jetzt viele Patienten gesehen, ich glaube das sind jetzt 4.000 Patienten, die ich da gesehen habe in den 20 Jahren und da kam kein Einziger zurück und sagte, das mit dem kontrollierten Trinken funktioniert. Die machen alle diese Erfahrung für kurze Zeit und dann kommt irgendetwas und dann rutschen sie wieder rein und es steigert sich wieder der Konsum bis dahin wo sie eben schon mal waren. Deswegen sage ich immer es gibt nur entweder oder. Das ist so meine Haltung.“ (Therapiezentrum Mutters)

Prim. Schmidt geht so weit zu sagen, dass Alkoholiker im Unterschied zu Opiatsubstituierten sogar „die schlechteren Karten“ hätten:

„Der Alkoholiker hat hier die viel schlechteren Karten. Das Substitut gibt es nämlich dafür nicht. Die Erreichbarkeit ist einfach, der Preis ist billig, es tut jeder, die Verführungssituationen sind vielfältig, es gibt kein Substitut. Da gibt es alles oder nichts, nach wie vor. Ich finde, dass die Leute das größere Problem haben.“ (Prim. Schmidt)

Aus eigener Beobachtung bleibt der Ansatz des Trinken nach Plan (Körkel) hinter den Erwartungen. Trotzdem biete er auch eine Option – allerdings nicht als Versorgungsansatz in der Breite, sondern als experimentelles Angebot für manche:

„Also was der Körkel gemacht hat, haben wir nachgemacht, kamen zu anderen Zahlen und auch der Körkel kommt ja schon nur auf 15 %. Und wir haben untersucht, wir kamen auf 5 % oder so etwas und haben untersucht mit welchem seelischen Aufwand - haben ein paar Items entwickelt - bleibt der eine kontrolliert im System und der andere absolut trocken? Was ist denn einfacher eigentlich? Machen Sie das mal, das ist ja der Oberhammer: morgens schon wissen wann, wie viel, und ob überhaupt! Und das hat der Körkel nicht untersucht. Abgesehen davon, dass die Zahlen in der Tat nicht so besonders sind. Ich finde den Ansatz nach wie vor interessant, ich unterstütze das auch, wenn es einer versuchen will, man kann auch von mir aus so ein Programm entwickeln, als Experiment, nicht als Versorgungsansatz.“ (Prim. Schmidt)

7.2. Ansprechprobleme bei KlientInnen mit Alkoholgebrauchsstörung

Von besonderem Interesse erscheint die Schnittstelle zwischen Alkoholproblematik von KundInnen und Kontakt mit dem Arbeitsmarktservice. Wieweit kann es gelingen an diesem Kontaktpunkt eine bestehende Problematik zu erkennen, sie fachgerecht anzusprechen und in eine konstruktiv-konfrontative Bearbeitung mit den KundInnen zu bringen?

Zunächst erscheint es bedeutsam zu verstehen, dass ein Motiv, die Substanzgebrauchsstörung aktiv zu verbergen, in der Befürchtung liegt, auf das beschämende Suchtverhalten reduziert zu werden, nicht mehr als vielschichtige Person mit auch anderen wesentlichen Facetten wahrgenommen zu werden:

„Und das ist auch, dass also auch die Kunden mitunter auch ein großes Problem daraus machen, dass es bei uns ja nicht bekannt wird, dass ein Suchtproblem besteht. Weil dann wird man ja nur auf das reduziert.“ (AMS)

Am Beispiel der Handhabung der Angebotsvermittlung Richtung Caravan wird in folgendem Statement sehr schön dargestellt, wie heikel das Ansprechen der Suchtthematik am AMS für BeraterInnen empfunden wird:

„Ich denke mir halt fürs Caravan wären zweifellos Leute da. Nur da geht es wirklich darum, wie bringe ich es sozusagen an die Kundinnen die ganze Geschichte. Das ist ganz ein zentrales Thema: wie kann ich es den Menschen nahe bringen? Und da scheitern, sage ich jetzt einmal sehr drastisch, auch unsere BeraterInnen, weil das ist ein ganz ein sensibles Thema, solche Dinge überhaupt anzusprechen.“ (AMS)

Die Leugnung und Wahrnehmungsabspaltung einer Suchtproblematik durch Betroffene stellt vielfach einen integralen Bestandteil einer Suchterkrankung dar. In der Beratung am AMS wird das auch dementsprechend erlebt:

„Was sicherlich ein Problem ist, dass viele entweder die Sucht selber nicht erkennen und das ist dann immer ein heikles Thema, weil wir eben dann sagen: du schau her, jetzt haben wir uns oft beworben, viel probiert und es hat sich nichts ergeben, an was liegt es dann? Aber das ist ja immer das, wie spricht man es halt an? Und das ist in der Beratung dann auch immer ganz - ja man muss da recht feinfühlig sein, weil jetzt gerade wenn jemand eh schon vielleicht ein bisschen - ja ich sage bei einer Sucht - oder Probleme hat... ‚habe keine Sucht, passt doch alles‘. Das kriegen wir natürlich ganz häufig mit.“ (AMS)

Entsteht der Mut, das Heikle anzusprechen und einen Vorschlag Richtung Abstinenz und Therapie – wie z.B. Caravan – zu machen, wird mehrheitlich die reflexhafte Abwehr abgerufen. Erst eine eskaliert empfundene Notsituation öffnet in dieser Wahrnehmung die Pforte zu einer Compliance der KundInnen:

„Meistens ernte ich natürlich Ablehnung. Außer es gibt auch immer wieder Leute, wo ich merke, dass die Notsituation einfach so ist, dass sie es dankbar annehmen. Das ist aber die Ausnahme.“ (AMS)

Insofern richtet sich der Appell nach außen, an die anderen Träger und Einrichtungen, denen bessere Interventionsmöglichkeiten unterstellt werden:

„Jetzt noch dazu als AMS, also da bewegen wir uns auf sehr dünnem Eis. Weil der sagt, was geht Sie das an? Jetzt ganz dramatisch gesagt. Und da bräuchte, denke ich, auch das AMS Hilfe in Form von anderen Trägern und Einrichtungen, die möglicherweise da hin arbeiten. Weil es gäbe, denke ich, da genügend Personen.“ (AMS)

Die Erfahrung des Suchtkoordinators bezüglich der (Haus-)Ärzte erbringt aber eine ähnliche Schwierigkeit, aktiv an etwas Heiklem zu rühren, die Verantwortung des Ansprechens – und in weiterer Folge auch Durchsprechens und des Dranbleibens – zu übernehmen:

„Weil das ist ähnlich wie beim AMS-Berater, ist es auch beim praktischen Arzt, dass er sich denkt, whow, wenn ich den jetzt darauf anrede entweder macht er zu und kommt nicht mehr und sagt spinnst du, ich lasse mich nicht von dir da... Oder er erzählt so viel, dass ich als Arzt erst recht nicht mehr weiß, was ich tun soll.“ (Suchtkoordinator Tirol)

Dass die Hausärzte hier besonders dicht und flächendeckend „am Problem dran sind“ ist evident. Die Handlungsmöglichkeiten der Hausärzte in der Alltagspraxis werden allerdings aus Sicht der Alkoholberatungsstelle BIN stark relativiert:

„Das ist ein bisschen ein Mythos, dass die Hausärzte das jetzt wahnsinnig gut wissen müssten, weil es sehr viele Leute gibt, die sagen, der Hausarzt darf nichts derfragen. Gleichzeitig gibt es natürlich Einblicke, wo die Hausärzte super Einblick haben, aber trotzdem nichts machen können, weil sie genau wissen, dass da so eine Sperre da ist. Und wenn die etwas sagen, dann ist der weg.“ (BIN)

Wie entwickelt Vermeidungsstrategien von KundInnen sein können, wird in folgender Erfahrung kenntlich, wenn die Krankmeldungen von Kunden von drei verschiedenen Ärzten eintreffen, die den gleichen Patienten ohne Kenntnis voneinander behandeln:

„Aber ansonsten haben die Leute ja oft sehr gute Strategien entwickelt. Mitunter tun wir uns dann natürlich schon sehr hart. Und ich denke - ja - das ist die Frage: bei einem Arzt? Wann spreche ich es an? So mein Alltag ist dann schon auch, dass wenn ich - von meinen Spezialisten kriege ich dann die Krankmeldung von drei unterschiedlichen Ärzten. Keiner weiß vom anderen etwas. Der ist laufend im Krankenstand ...“ (AMS)

Bei jüngeren MitarbeiterInnen gibt es verständlicherweise Unsicherheiten und Hemmungen, offensiv mit dem Thema Substanzgebrauchsstörung umzugehen. So erinnert sich eine mittlerweile erfahrene Kollegin an ihre Anfänge und auch an die Unsicherheit bei ihren jetzigen, jüngeren Kolleginnen:

„Das hat sich sicher verändert. Wie ich da gestartet habe, da war ich 20 (lacht), das ist dann schon eine harte Schule, die man durchläuft, weil man ja lebensunerfahren ist und auch bei weitem nicht so gesetzt. Also da hat man schon große Hemmschwellen. Ich merke es auch bei den jungen Kolleginnen zum Beispiel. Die sagen, ja was soll ich da sagen, wie soll ich das machen?“ (AMS)

Im folgenden Statement wird nachvollziehbar, wie sich diese Hemmung konstituiert, wie geschmeidig sich Co-Abhängigkeitsmuster entwickeln: Eindeutige Wahrnehmungen zu relativieren, zu verharmlosen, zurückzustellen:

„Ja - ich will ja niemanden, wie soll ich sagen, ich will ja niemanden verurteilen, der was jetzt einmal eine Alkoholfahne hat, dass das ein Alkoholiker ist. Das geht ja nicht, das kann ja echt einmal sein, ein Aussetzer oder dass ich vorher eine Feier gehabt habe oder ganz egal. Also von dem her ist es halt immer so ein schwieriges, also so ein Heranfühlen beim Gespräch dann. (AMS)

Eine sehr erfahrene Reha-Kollegin kennt die entsprechende Verleugnung bestens:

„Ja und ich meine es ist ein Wahnsinn, wie viele Bekannte die Leute haben, die immer am Tag vor dem Termin beim AMS Geburtstag haben oder Familienfeier oder Hochzeit oder - es ist verblüffend! Also die Verleugungsstrategien sind wirklich faszinierend. Und wenn ich dann halt auch süffisant werde und sage: es ist schön, wenn man so einen großen Bekanntenkreis hat, dass man so oft feiern muss (lacht).“ (AMS)

Selbst dort, wo das Alkoholproblem langjährig im Berufsalltag eingebettet erscheint, fahren das Ansprechen und die Problematisierung am AMS leicht ins Leere, wenn KundInnen die Abwehr hochziehen:

„Also ich habe zum Beispiel eine Dame, die schon seit Jahren in der Gastronomie ist und die definitiv ein Alkoholproblem hat, sich aber weigert zu mir zu kommen, weil ich sie halt jedes Mal darauf anspreche. Und dann zur Abteilungsleitung geht oder zur Geschäftsleitung geht und sagt, sie möchte einen anderen Berater haben: mit der kann ich nicht zusammenarbeiten. Die aber kaum ein längeres Dienstverhältnis wie zwei oder drei Monate hat. Weil da eskaliert es dann meistens.“ (AMS)

Ein Teil der Schwierigkeit, in einen fachlichen Suchtbearbeitungszusammenhang zu kommen, besteht in der Unschärfe des Phänomens, das auch dazu führt, dass viele KundInnen des AMS

mit ihrer Substanzgebrauchsstörung in den allgemeinen Vermittlungszonen und nicht in der spezialisierten Reha-Zone verkehren:

„Ich mache ab und zu auch Vertretung für die Beratungszone und das sieht man dann schon auch, dass ein Teil von diesen Personen definitiv unsere Kunden wären. Also die sehr auffällig sind, aber das wirklich nicht zugeben wollen.“ (AMS)

Gerade bei Beschäftigten im Tourismus scheint hier ein beträchtliches Potenzial im Hintergrund einer Suchtwahrnehmung vorhanden:

„Bei uns ist es so, wir haben eine eigene Stelle, die die Saisonarbeitslosen betreuen. Also alle die eine Einstellungszusage haben, die kommen nicht bis zu uns in die Beratung, weil sie auch nicht betreut werden müssen. Und die sind natürlich lange Zeit sehr unauffällig oft, weil der bringt seine Einstellzusage, ist eineinhalb Monate arbeitslos, fängt dann wieder an, das geht über Jahre gut. Was ich schon manchmal habe ist, dass jemand jung, sage ich einmal, sehr jung die Kurve kriegt. Also ich habe schon immer wieder einmal vom Tourismus Kunden und Kundinnen, die vielleicht mit 25 sagen, mei ich war jetzt Kellner, ich schlittere da immer mehr hinein, also die was das noch abderfangen. Also die habe ich schon, die sich aber ganz bewusst dafür entschieden haben, die dann oft schon ganz bewusst zu mir kommen, also von drüben überstellt werden zu mir, sagen wie schaut es aus, ich will das nicht mehr, ich habe eine Therapie gemacht, ich möchte umschulen, ich muss aus dem Gewerbe heraus. Also diese Fälle habe ich auch. Aber die Masse natürlich, die da im Hintergrund läuft“ (AMS)

Von daher führt die in Österreich hoch entwickelte Toleranz bei der populären „Originalstoffvergabe“ (zu der es eben kein Substitutionsmittel gibt) an Personen, deren soziales Umfeld schon lange unabweisbare Wahrnehmungen bezüglich eines Alkoholmissbrauchs hat, zu einer intensiven Tradition der Co-Abhängigkeit. Diese Co-Abhängigkeit – quasi isoliert – vom AMS aus anzugehen und aufzuweichen, erscheint dann verständlicherweise als „lonely job“:

„Und das ist für mich einfach wirklich schwierig. Alkoholkonsum ist halt in Österreich einfach toleriert, da schaut man sehr lange zu, bevor man etwas sagt. Co-Abhängigkeit ist ein großes Thema! Ab wann spreche ich es an? Und ich meine, dann sind halt einfach die, wo es offensichtlich ist, aber die einfach die Verweigerer sind, wo es dann so der Klassiker ist: Nein, wenn ich arbeite, dann trinke ich eh nichts! Das ist so der Klassiker, wo es mir eh schon die Haare aufstellt, was einfach nicht den Tatsachen entspricht.“ (AMS)

Aber nicht nur die noch stark auszubauende Unterstützung (vor allem) in den Klein- und Mittelbetrieben mittels einer dort wirkenden Präventionsqualifikation¹² wird am AMS vermisst.

¹² wie in Kapitel 4.4 beschrieben

Die wahrgenommene Co-Abhängigkeit in Familiensystemen führt ebenfalls zu massiven Hürden, Substanzgebrauchsstörungen entschieden (und damit entscheidend) anzugehen. Nicht zuletzt sind die zeitlichen Ressourcen in der Arbeit mit KlientInnen am AMS stark begrenzt:

„Es ist ja dann auch in der Familie, wird ja dann sehr sehr oft ja auch noch der Schutzmantel darüber gelegt, weil - was sagen denn die Nachbarn? Und wenn es Gewalt im Haushalt gibt, dann - mein Mann oder meine Frau hat ja diesbezüglich kein Problem! Oder ähnliches. Aber ich denke mir, das ist also wieder eine andere Geschichte. Für uns ist halt einfach (seufzt) man kann schon irgendwie [...] die Leute darauf hinweisen, ein bisschen sensibilisieren, so auf gut Deutsch steter Tropfen höhlt den Stein. Nur sind uns einfach dann auch unsere Ressourcen begrenzt. Weil wenn ich jemanden einmal oder zweimal oder alle sechs Wochen sehe, dann kann ich mich auch ganz gut zusammenreißen. Und das sind dann Momentaufnahmen! Da kann ich nicht wirklich mir einen Querschnitt bilden.“ (AMS)

In dieser Betrachtung der Ansprechproblematik am AMS wird klar, dass die Entwicklung intrinsisch wirkender Motivation zur Veränderung bei KundInnen vielfach einen komplexeren Aufbau benötigt. Dieser kann nur im integrierten Zusammenspiel mit Fachstellen, wie beispielsweise den BIN-Beratungsstellen oder dem Caravan organisiert werden. Dazu bräuchte es ein Procedere für die AMS-MitarbeiterInnen und eine Basisverbindlichkeit – vergleichbar zum Handlungsfeld der betrieblichen Prävention, wo die positive Abhängigkeitsbeziehung über den Arbeitsplatz konstruktiv genutzt werden kann:

„Klar, das Schlimme an der ganzen Geschichte ist: eine Therapie macht nur dann einen Sinn, wenn die Leute dazu motiviert sind. Wie bringe ich sie dazu, wie kann ich sie motivieren etwas daran zu ändern? Kann ich so lang zuschauen? Kann ich vorher sie abfangen und schauen dass ich sie dahin bringe? Das Problem ist halt dann das: bis vor geraumer Zeit haben auch wir diesen Druck ausüben können. Dass man dann halt gesagt hat, okay, es ist Ihre Entscheidung: lassen Sie sich darauf ein, an unserem Alkoholprojekt teilzunehmen? Wenn nein, dann haben sie sich dafür entschieden, dann kriegen sie auch keine Leistung von uns. Das ist aber nicht mehr so. Das beruht jetzt zur Gänze auf Freiwilligkeit.“ (AMS)

Der Part des AMS ist daher in der Gesamtsicht des Suchtkoordinators nur in einem kooperativen Verbund gut zu spielen:

„Ja, also ich meine ein Stück weit geht es ja da immer um die Frage, wie können äußere Drucksituationen, ein äußerer Zwang den es dann gibt, wie kann der allenfalls dazu beitragen, dass eine innere Motivation so stark wird, dass der dann auch etwas beginnt oder anfangt. Also wie können die Elemente zusammenwirken? Welchen Beitrag jetzt das AMS leisten kann oder

AMS-Berater leisten kann, ist wirklich für mich jetzt nicht so leicht zu beantworten. Also ich denke mir, ich glaube schon, dass es manchmal auch der Part sein kann, dass man ein Stück weit den Druck erhöht. Aber wenn dann nicht irgendwas anderes dabei ist, wo der Druck dann auch so umgesetzt wird, dass sich innerlich etwas bewegt, wird es nicht viel bringen. Weil dann wird er den Schritt nicht, dass er wirklich etwas tut, sondern sagt er: mei das sind ja auch nur alles Trottel und interessiert mich nicht, ich mache halt meine Geschichte irgendwie und ziehe die durch und was herauskommt, kommt raus und Mindestsicherung kriege ich halt dann doch eh noch, oder so irgendetwas.“ (Suchtkoordinator Tirol)

7.3. KlientInnen mit Opiatabhängigkeit/SubstitutionsklientInnen

Von den etwa 2.000 Opiatabhängigen in Tirol befindet sich die Hälfte im Substitutionsprogramm. Wie auch bei der Leitsubstanz Alkohol gilt für die Opiatabhängigen, dass Betroffene zwar die Abhängigkeit zur Substanz teilen, ansonsten aber Differenzierung angesagt bleibt, wenn man den Individuen wirklich gerecht werden will:

„Drogenkonsumenten sind natürlich eine sehr heterogene Gruppe, aber das war früher auch: Junkie ist Junkie und die sind alle gleich. Mittlerweile sieht man, dass man das differenzieren muss.“ (OA Dr. Madlung)

Gleichzeitig bestehen am AMS Unterschiede in der Wahrnehmung gegenüber AlkoholklientInnen. So erscheinen Opiatabhängige deutlich „auffälliger“, sofern sie kenntlich in der Rehabilitation erscheinen:

„Auch die Leute die andere Suchterkrankungen haben sind nicht immer gleich beinander, das muss ich jetzt schon sagen. Aber sie sind - also mir kommt vor, die was eine Drogenerkrankung haben, sind im Grunde auffälliger als wie die, was eine Alkoholkrankung haben.“ (AMS)

Nicht außer Acht zu lassen ist die nicht unerhebliche Zahl von SubstitutionsklientInnen, die völlig unauffällig im Arbeitsmarkt integriert sind:

„Ich selber habe die Erfahrung auch gemacht, Leute die substituiert sind, die wirklich am Arbeitsmarkt auch fähig waren, am ersten Arbeitsmarkt sogar! Und laut Yvonne Riemer von der Drogenambulanz- ich habe mich extra noch einmal erkundigt, weil sie ja mit dem Thema viel mehr zu tun hat - und sie sagt bis zu 60 % sind im Erwerb.“ (Z6-Drogenberatung)

„Und das gibt es ja, es gibt ja ganz, ganz viele Opiatabhängige, die ein völlig unauffälliges Leben führen, die arbeiten, die haben einen Führerschein, die

haben ihre Familie, die haben ihren Hund, die haben ihr Auto, also merkt man nicht. Außer dass sie einmal im Monat zum Arzt gehen. Wenn Sie selber Arzt sind, dann brauchen Sie nicht einmal zum Arzt gehen, dann können Sie sich das selber verschreiben (lacht), also das wissen wir auch von den dreißiger Jahren her, wo es diese Epidemien mit Apotheken und Ärzten gegeben hat und die alle bis ins hohe Alter in der Praxis gestanden sind.“ (OA Dr. Madlung)

Wahrgenommene Auffälligkeit wird z.B. über eine gesteigerte Distanzlosigkeit und ein Offensives nach-außen-tragen der Überforderung mit den Welt- und Lebensanforderungen erlebt:

„Das ist schon ein großer Unterschied zwischen diesen beiden Personengruppen. Und vom Gefühl her habe ich das Gefühl, dass die Alkoholiker viel mehr mit sich selber ausmachen. Und die anderen tragen es nach außen und die haben auch so eine Gruppendynamik so untereinander, wie arm sie nicht alle sind und wie gemein die Welt. Ich möchte ja nicht sagen, dass jemand grundlos in die Schiene kommt, meistens hat es ja schon Problemstellungen, aber (lacht) sie haben dann schon auch teilweise ein Auftreten, total mühsam, auch distanzlos.“ (AMS)

So liegt oft auch der Befund nahe, dass der gezeigte Zustand eine Vermittlungsbemühung in Richtung Beschäftigung unsinnig macht, da über die Verhaltensauffälligkeit basale soziale Kommunikationskompetenzen infrage gestellt erscheinen:

„Also die Leute sind schon massiv wesensverändert. Also das ist schon etwas, die sind sehr auffällig in der Beratung, die sind oft, ja dass sie mir schon gar nicht beim Stuhl einschlafen, wenn ich mit Ihnen rede. Also wirklich höchst auffällig, wo ich die Arbeitsfähigkeit einfach massiv anzweifle. Also das Problem habe ich dann in den meisten Fällen, dass ich mir denke, ich traue es ihm nicht zu, wirklich so eine Arbeitsstruktur durchzustehen.“ (AMS)

Und die Drogenabhängigen, die haben teilweise einen offenen Umgang damit, also die pfeifen sich auch nichts (lacht). Also die kommen wirklich herein in einem Zustand, den sie nicht mehr unter Kontrolle haben wahrscheinlich. Oder das ist schon so normal und so alltäglich, dass es für sie keinen Unterschied macht, wo sie hingehen und was das für eine Institution ist. Und da habe ich natürlich Vorbehalte, weil ich mir einfach denke, den zu vermitteln? Keinesfalls! Gegenüber dem Betrieb habe ich Vorbehalte und einfach einerseits gegenüber der Person. Weil bei den Suchterkrankten habe ich oft das Gefühl sie schaffen es kaum zu meinen Terminen. Also sie haben nicht einmal das immer im Griff oder es ist alles so eine Riesenanstrengung und Überwindung. Wie kann da ein Arbeitsverhältnis funktionieren? So dass da wirklich so viel Energie vorhanden ist und Verbindlichkeit, das stelle ich sehr infrage, das muss ich einfach sagen. (AMS)

An dieser Stelle erscheint ein ausführlicherer Klärungsversuch hilfreich. Dieser stützt sich auf die eigene Erfahrung des Leiters der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz in Maurach mit SuchtklientInnen in unterschiedlichen Kontexten. Der größere zeitliche Abstand zwischen diesen Arbeitserfahrungen ermöglichte eine analytische Durcharbeitung dieser Erfahrung und führt zunächst zu einer interessanten Feststellung, nämlich mit welchen Reaktionsmustern HelferInnen/BeraterInnen im Umgang mit Opiatabhängigen rechnen können:

„Und entweder gehen wir mit und sind furchtbar mitleidig und wollen versorgen beginnen oder wir wehren uns massiv dagegen. Das Wehren ist häufiger. Vor allem im Versorgungsbereich oder im gesellschaftlichen Bereich. Und das gibt massivste Schwierigkeiten. Aus meiner Sicht wäre das - wir haben zuerst darüber geredet, wie kann man denn so ein Gesamtparadigma entwickeln - wäre das, ich meine ich bin Analytiker und deswegen denke ich so, aber ich glaube dass das gut wäre, aus der Perspektive: In was werden wir denn eigentlich verwickelt, wenn wir genau mit diesem Klientel arbeiten?“ (Haus am Seespitz)

Die Eigenbeobachtung führt über die Erinnerung zurück in die Arbeit in der Mentlvilla und die intensiven Trigger, wie etwa Geruch, Distanzlosigkeit, die spontan Ekel und Abwehr provozieren:

„Ich habe das gemerkt, wie ich in Maurach rein bin, ich habe mich erinnert wie das in der Mentlvilla war: ich bin da reingegangen und das hat so spezifische Trigger gegeben, den Geruch zum Beispiel und so wie Leute auf mich zugekommen sind, immer viel zu nah. Und das habe ich sofort in Maurach wieder erlebt. Und als erstes war da ein Ekel.“ (Haus am Seespitz)

Die weitere Bemühung, sich nicht nur der inneren Reaktionen sorgfältig gewahr zu werden, sondern diese Wahrnehmung in einen Erkenntniszusammenhang zu bringen, führte zu einem tieferen Verständnis der solcherart „problematisch“ geäußerten Bedürfnisse der KlientInnen, der damit notwendigerweise provozierten Enttäuschungen und einer daraus resultierenden Abgrenzungsdynamik:

„Und ich habe mich gefragt, was passiert da und ich habe mich erinnert dass ich in der Mentlvilla, dass mir so ein bisschen das voyeuristische Bedürfnis von mir geholfen hat, über das wegzukommen und ich das dann irgendwann nicht mehr bemerkt habe. Jetzt aus der Distanz von über zehn Jahren, nicht mehr in dem Bereich gearbeitet zu haben, ist das wieder aufgetaucht. Und ich habe mir dann lange überlegt, womit hat das zu tun. Und es hat auch etwas mit einer unvollständigen psychosexuellen Entwicklung zu tun. Wir haben es ganz oft mit so etwas wie Perversionen zu tun, oder partialtriebhaften Bewegungen zu tun. Eigentlich geht es um das Grundbedürfnis nach Geborgenheit und Nähe, die aber hoch sexualisiert sich ausdrückt und wo man natürlich massive Schwierigkeiten hat. Als Therapeut ist das schwierig und ich

habe mich lang damit jetzt auseinandersetzen müssen, was denn das eigentlich ist. Und ich glaube als Laie ist es furchtbar schwierig und man kommt da einfach nur in die Dynamik und versucht sich irgendwie abzugrenzen. Das ist dann nicht nur der Ekel, sondern es ist auch die unglaubliche Aggression, die ich entwickle, weil ich Erwartungen und Energien rein stecke und dann passiert das nicht, was ich mir erwarte.“ (Haus am Seespitz)

Da als Helfer zu viel Distanz aber tabu ist, bleibt oft nur das Gefühl einer Sinnlosigkeit:

„Und was tue ich denn, wenn ich ständig in meiner Arbeit so frustriert bin. Ich werde entweder den Patienten abwerten, mehr Distanz einnehmen, mir denken, ja das hat vielleicht eh nicht viel Sinn. Und das ist alles verdeckt, als Helfer darf man das ja so nicht haben. Also ich wäre sehr dafür, das in Sprache zu bringen und sich darüber auszutauschen, weil ich glaube, dass das ganz normale Bewegungen sind, die uns helfen würden ein wenig diese Entwicklung mit zu verfolgen.“ (Haus am Seespitz)

Mit Verweis auf die tatsächlich große Schwierigkeit hier Nähe und Distanz immer wieder angemessen kontrollieren zu können, entsteht die Einladung zum fachlichen Austausch von Erfahrungen und vor allem die Notwendigkeit dazu:

„Das ist so wie bei meinem eigenen Kind, wenn das krank ist oder spuckt und poft habe ich überhaupt keine Schwierigkeiten. Wenn ich das Kind von meinem Nachbarn sehe, dem will ich nicht zu nahe kommen (lacht). Und mit eben solchen Dingen haben wir es da ständig zu tun. Und da einen Mittelweg zu finden, ein Stück weit mitzugehen, das ist sicher die schwierigste Aufgabe in der Begleitung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.“ (Haus am Seespitz)

Wie generell in allen Einrichtungen ist auch in der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz in Maurach, in der seit kurzer Zeit sowohl Opiat- als auch Alkoholabhängige aufgenommen werden, ein Unterschied im Durchschnittsalter zwischen den beiden Gruppen feststellbar; dieser wird auch der größeren Vielfalt und Intensität von Hilfsangeboten für Alkoholproblematiken zugeschrieben:

„Im Alkoholbereich ist es ganz normal, dass die Patienten länger gearbeitet haben zum Beispiel, im Normalfall, wenn sie zu uns kommen, älter sind. Ich gehe davon aus, das hat damit zu tun, dass es da eine ganze Reihe von anderen Hilfsangeboten gibt. Ja, so eben wie die Entwöhnung in Mutters, oder die B4, die längere Aufenthaltszeiten hat als jetzt zum Beispiel im illegalisierten Bereich auf der B3. Da sind sie ja nur für den Entzug, schon auch therapeutisch unterstützt, aber viel kürzer im Normalfall.“ (Haus am Seespitz)

Erschreckend erscheint die transgenerationale „Vererbung“, wo sich in einer Beraterkarriere Betreuungslinien über drei Generationen bis zu Enkelkindern ziehen:

„Und das Problem ist auch, dass die, die im Drogenmilieu sind - ich meine man kann jetzt nicht pauschal sagen, dass die aus sozial schwachen Familien herauskommen, das kann man nicht zu sagen - aber meistens schon aus Problemstellungen. Nicht alle, es wird immer Ausnahmebeispiele geben, aber wir haben teilweise ja die Generationen, die wir betreuen, wo jeder namentlich schon kennt, wo man die Eltern schon betreut hat und die Kinder dann wieder und dann die Enkelkinder. Es ist erschreckend teilweise, das muss ich wirklich sagen, wo ich mir denke so als junger Mensch keine Basis ...“ (AMS)

Aus der Mentlvilla wird der lebensgeschichtliche Zusammenhang in der Genese von Suchterkrankung ebenfalls intensiv wahrgenommen: Traumata in Kindheit und Jugend finden sich anamnestisch breit mehrheitlich. Von daher verwundert auch nicht die Feststellung – analog zum Unterbringungskontext als Minderjährige bei Alkoholkranken – dass Fremdunterbringung, fehlende konstruktiv nutzbare Familienstrukturen immer schon besondere Beanspruchungen darstellten; von daher ist die Mentlvilla auch Ausdruck dafür, dass es keinen Platz mehr gibt, wohin man zurück kann.

„Wo ich einfach sehe - jetzt zumindest speziell im Haus hier, was bei uns wohnt in der Mentlvilla - wo ich einfach weiß aus der Geschichte heraus, wieso die Menschen auch so sind, wie sie sind, wie sie in die Abhängigkeit gekommen sind, in eine Suchterkrankung rein gekommen sind. Das ist ja alles mit Geschichten aus - also Traumata in Kindheit und Jugend, das ist ja zumindest bei diesen Menschen, die wir haben, ein ganz ein hoher Prozentsatz; also da sind wir sicher bei 80 % plus, die so eine Geschichte mitbringen. Natürlich, das Haus hat natürlich einen Bias. Weil wenn ich jetzt natürlich sage, dass 80 % plus aus SOS-Kinderdorf kommen oder aus einer Fremdfamilie oder eben aus einer nicht oder nur halb existenten Familie oder Rumpffamilie, ist klar, dass wir die da sehen, weil die einfach keinen Platz haben, wo sie zurückkommen können. Deswegen sind sie auch da, das ist der Bias. Deswegen sind die natürlich vermehrt da.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Daraus ergibt sich ein weiteres Manko für einen – kleineren – Teil der SuchtklientInnen, das den „natürlichen“ Ordnungsvorstellungen in unserer Gesellschaft widerspricht, dass nämlich Wohnungslosigkeit in der Regel mit einem schwachen Meldewesen verknüpft ist:

„Und die Meldegeschichte ist eine andere Sache: eben bei den Menschen - wie soll man sagen - Drogenkranken Menschen, ein großes Thema: Wohnungslosigkeit, d.h. ein schwaches Meldewesen, nenne ich es jetzt einmal so. Und das ist halt auch Grundvoraussetzung für vieles.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Dass Traumatisierung nicht mit dem Übergang in das Erwachsenenalter endet, sondern sich gerade auch im weiteren Drogenkonsumgeschehen fortsetzt und weiter aggraviert, wird gerne in Fenstern der Abstinenz bewusst:

„Dass es vielleicht vor dem Konsum Traumatisierung gegeben hat, und überhaupt das der Grund ist für den Konsum; dass vor allem im illegalisierten aber auch im Alkoholbereich während des Konsums schwere Traumatisierungen passieren, die im Nachhinein emotional schwer verarbeitbar sind. Das taucht dann das erste Mal seit sehr sehr vielen Jahren auf. Das ist eigentlich so in dem Fenster der Abstinenz, das wir zur Verfügung stellen wollen, soll das so sein, dass das wieder auftaucht. (Haus am Seespitz)

Die Motivation in diese Fenster einzutauchen, sich in Beratung oder Therapie zu begeben, ist vielfältig strukturiert, so wie das Klientel auch in der Suchtberatung Tirol erscheint:

„Ungefähr ein Drittel von unserem Klientel sind die sogenannten Unfreiwilligen, die werden von der Justiz überwiesen, die haben Auflagen, gesundheitsbezogene Maßnahmen. Das andere Drittel sind eben die Leute, die kommen freiwillig, die kommen von sich aus, die sind intrinsisch motiviert, oder Angehörige, da haben wir sehr viele. Da bieten wir einmal die Einzelberatung an für die Angehörigen und einmal die Gruppen, also eine gibt es in Innsbruck, eine im Oberland. Und so der dritte Bereich sind so Überweisungen von den Amtsärzten und -ärztinnen von der BH, vom Jugendamt gibt es eine Zusammenarbeit. Also das ist keine homogene Gruppe, rein schon von der Motivation her.“ (Suchtberatung Tirol)

Am AMS entsteht in der Reha-Beratung auf der Suche nach dem intrinsischen Momentum, das Personen so weit bringt, Energie für eine mühsame Veränderung aufzubringen, offensichtlich Engagement:

„Ja, ich denke mir immer wieder, mein Gott, wenn die Drogenabhängigen, wenn dann die Familie zerbricht, und eben so der Leidensdruck, ich will, ich muss clean werden, damit ich meine Kinder wieder sehe, usw. und so fort: das kann sehr wohl eine Motivation sein. Und irgend so einen Punkt zu finden oder irgend so eine Sache zu finden, dass die Leute die Energie aufbringen, um dorthin zu gelangen, das kann wie gesagt die Familie seien, das kann das Kind sein, das kann keine Ahnung das Auto sein, das kann (lacht) der Segelflieger sein, keine Ahnung was.“ (AMS)

Beim Übergang in eine Reha-Anstrengung wird deutlich, dass sich hinter der offensichtlichen Suchtsymptomatik sehr oft schwere Persönlichkeitsstörungen finden:

„Wir haben es halt dann doch meistens mit schwereren Persönlichkeitsstörungen zu tun in irgendeiner Form. Und das schaut nach außen hin natürlich wesentlich stabiler aus, ist es aber nicht.“ (Haus am Seespitz)

Dieser Befund deckt sich mit der Erfahrung der Drogenentzugsstation in Hall. Suchtverhalten – also nicht nur bei Alkohol sondern auch bei Opiaten - stellt in der zeitlichen Betrachtung

über die Selbstmedikation oftmals eine Reaktionsform auf eine psychische Problematik oder Erkrankung dar:

„Ganz ein häufiges Phänomen ist natürlich umgekehrt: dass zuerst psychische Störungen da sind und Menschen darin für sich Erleichterungen oder Strategien eben finden, dass das Leben aushaltbar ist. Kein Mensch bleibt auf Drogen hängen, wenn er nicht irgendwie einen Gewinn zuerst einmal hat von dem Ganzen. Das wäre ja absurd irgendetwas zu nehmen, was mir nicht gut tut.“ (OA Dr. Madlung)

Im engagierten Perspektivenkampf für jeden Einzelnen, jede Einzelne, die von der Drogenberatung des Z6 betreut werden, bleibt die Substitution ein zwiespältiges Thema, da sie aus Sicht des Leiters der Einrichtung auch immer einen motivationsdämpfenden Effekt hat, den Drogenkonsum ganz einzustellen. Vielfach sind bei jungen Altersgruppen die Eltern als Bezugspersonen noch wesentlich mit involviert:

„Ich habe so meine Kollegen auch gestern noch gefragt, so um die 40 Substitutionsleute haben wir. Wir haben im ganzen 340 oder 350 Klienten über das Jahr und davon sind um die 40 in Substitution. Die Substitution hat sehr zugenommen - leider. Ich rede von Leuten bis maximal 25. Natürlich ist es ganz ein großer Teil in dem Alter, wo noch die Bezugspersonen, in erster Linie Eltern, da dabei sind, oft auch nur die Eltern.“ (Z6-Drogenberatung)

Im Unterschied zu Alkoholkranken bleibt die Abstinenz aus Erfahrung der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz ein schwierigeres Thema, da das Krankheitsbewusstsein bzw. die Einsicht in die quasi absolute Verbotslage altersgemäß nur sehr schwer zu entwickeln ist:

Die [Alkoholiker] sagen oft, also bei mir ist das so, ich brauche da nur einen kleinen Schluck und dann ist der Käse gegessen, dann bin ich wieder drinnen, oder es langt mir manchmal eine Rumkugel. Und bei den illegalisierten Süchten haben wir es halt damit zu tun, dass das Jüngere sind und das halt schwierig ist zu sagen: Du darfst in deinem Leben nie mehr wieder einen Rausch haben. Etwas, was man sonst jedem selbstständigen Menschen zugesteht. Und da geht es aus meiner Sicht auch so darum, das Krankheitsbewusstsein mehr zu schärfen.“ (Haus am Seespitz)

Aus Perspektive der Drogenentzugsstation B3 in Hall wird die Therapiemotivation mit dem überfordernden Ziel der Abstinenz relativiert. Das Leben mit Substitutionsmitteln erscheint alles andere als attraktiv; trotzdem bleibe die Schutzwirkung entscheidend, um nicht in Szenarien einer Überforderung zu landen:

„Bei Menschen, die ohnehin vielleicht eh schon psychisch unsicher und ängstlich und was weiß ich alles sind, schlechten Selbstwert haben, die kommen ständig zu uns, probieren Entzüge zu machen, mit vielen Hoffnungen der ganzen Angehörigen rundherum. Das ist das tagtägliche Ding. Es ist ja das

Leben als Substituierter nicht wirklich attraktiv, was soll denn da irgendwo ein Reiz sein, täglich in die Apotheke zu gehen, das zu trinken und zu schlucken, da spüren sie hier auch kaum mehr was, es werden ja nur mehr die negativen Beschwerden sozusagen gelindert.“ (OA Dr. Madlung)

Aus Osttirol kommt eine knappe Einschätzung: viele von illegalen Substanzen Abhängige sind in den letzten 10 Jahren in die Zentralräume der umgebenden Landeshauptstädte migriert. Der verbliebene Rest vorwiegend sehr junger Personen ist mehrheitlich „ausgestiegen“ und hat keinen Anschluss an Ausbildung oder Beschäftigung:

Aber hat mich interessiert, was kann man ahnen oder halb wissend wissen über die Szene, wie funktioniert die, wie groß ist die, in dem Fall jetzt vom illegalen Suchtbereich. Das ist extrem schwer einzuschätzen in Osttirol. Und man kann sicher nicht die epidemiologischen Daten übertragen. Da sind viele geschifft nach Klagenfurt, Graz und Innsbruck in den letzten zehn Jahren, die hier gar nicht mehr sind. Und da entstehen irgendwelche Effekte. Sicher gibt es eine Szene, die sich wesentlich auf die jüngeren Leute konzentriert und zwar auf sehr junge Leute. Die Heroinszene scheint verhältnismäßig klein zu sein. Die beschränkt sich sicher auf 50 oder weniger meiner Einschätzung nach. Die kommen auch selten her, manchmal schon, aber dann, klar, eigentlich entweder weil sie richtig Auflagen haben oder weil sie tatsächlich schon eine Lebensentscheidung getroffen haben, wir wollen das grundsätzlich ändern und wieder in Arbeit und Normalität hinein. Drehtüreffekte, wie ich die von sonst woher kenne, jetzt geht es mir schlecht, jetzt gehe ich mal ins Krankenhaus, oder der Stoff ist gerade knapp, mache ich mal ein bisschen Entzug, das haben wir nicht. Dieses Phänomen haben wir nicht. Und für diese Szene gilt, soweit ich sie überblicke, das sind vielleicht, habe ich bis jetzt gesehen in den letzten fünf Jahren zwischen 100 und 150 junge Leute mit Missbrauch oder Abhängigkeit. Die arbeiten alle nicht und die Mehrzahl von denen will auch nicht arbeiten oder sind in Ausbildungsverhältnissen gestolpert aber haben auch kein Interesse da weiterzumachen.“ (Prim. Schmidt)

Erfreulich offener hat sich insgesamt die Kommunikation mit dem AMS entwickelt: KlientInnen deklarieren ihre Erkrankung eher und bringen dann auch entsprechende Atteste bei, was insgesamt zu einer fachkundigeren und zielführenderen Betreuung in den Fachabteilungen des AMS führt:

„Was mir aufgefallen ist über die ganzen Jahre - egal ob das das Substitutionsprogramm ist oder eine psychische Erkrankung - es hat sich die Offenheit verbessert, also uns gegenüber. Dass die Leute sagen, die kommen auch wirklich und sagen ich bin im Substitutionsprogramm und kriege soundsoviel Milligramm, Milliliter was auch immer was für ein Programm halt ist, auch bei den psychisch Erkrankten. Deswegen haben wir auch so viel mehr jetzt in

unserer Abteilung, weil früher die Leute viel weniger sich deklariert haben, keine Atteste gebracht haben. (AMS)

So wie bei Alkoholkranken die Massivität der Suchterkrankung durchschnittlich erst später im Lebensverlauf erfolgt und zu einem Herausfallen – auch aus Beschäftigungsverhältnissen – führt, gelingt bei Opiatabhängigen der Einstieg oft gar nicht, weil die Problematik schon sehr früh sehr massiv behindert:

„Bei den Alkoholikern trifft es später oft ein und wird massiv und bei den anderen ist es schon sehr jung sehr massiv. Die einen fallen aus der Integration hinaus, und die anderen dersteigen es gar nicht ein.“ (AMS)

Mittlerweile hat sich aber durch das Substitutionsprogramm auch schon eine Population in der Reha-Beratung des AMS aufgebaut, die langsam ins Pensionsalter kommt. Beschäftigungsverhältnisse finden sich in deren Erwerbsbiografie durchaus, zeichnen sich aber durch eine starke Fragmentierung aus, tendenziell besteht eine konstante Drift ins soziale Sicherungssystem:

„So der Altersschnitt bei den bekannten Drogenabhängigen so zwischen Ende 20 bis Mitte 30, so wie in diesem Schnittpunkt rein Substituierte, die auch gut damit leben habe ich auch welche, die sind aber durchwegs schon 50+. Die werden teilweise schon 20 Jahre substituiert. Die sind beruflich nicht integriert, oder wenn, dann meist nur irgendwelche Saisonstellen, wobei auch da nicht die ganze Saison durchgearbeitet wird, das ist stufenweise, da wieder zwei Wochen dort wieder ein Monat aber keine konstanten Dauerdienstverhältnisse. Die meisten pendeln zwischen Pensionsantrag und Pensionsantrag.“ (AMS)

Daraus entsteht auch die Forderung nach einer diesen Menschen gerecht werdenden Abwägung der Frage der Berufsintegration und Arbeitsfähigkeit. Letztere ist für einen Anteil Opiatabhängiger/Substituierter zwar tendenziell immer wieder gegeben, allerdings mit offensichtlich starken Einschränkungen:

„AMS: Trotzdem erscheint es mir manchmal sehr zynisch, immer davon auszugehen, dass bei jedem Arbeitsfähigkeit und Integration möglich ist. Weil da verursache ich auch einen enormen Druck und einen Stress bei den Einzelnen.

Moderator: Das heißt auch zu einer Entscheidung kommen: Das ist jetzt kein Thema mehr?

AMS: Auch das ist, glaube ich, menschlich, auch wenn man sagt: Hoffnung ist wichtig.“

Dass selbst bei erfolgreichen Therapieanstrengungen und Reha-Erfolg die berufliche Integra-

tion schwierig bleibt, da Einschränkungen, Defizite auch nachhaltig bleiben und wirken, unterstreicht die Bedeutung einer sachgerechten Zielanpassung:

„Wenn Sie wirklich einen Entzug gemacht haben und abstinent sind, dann ist es natürlich ein ganz ein anderes Zusammenarbeitsverhältnis, natürlich viel besser in der Zusammenarbeit. Grade habe ich das Problem, dass über so viele Jahre so viel passiert ist, dass natürlich die Einschränkungen nach wie vor sind, teilweise auch körperliche und psychische Einschränkungen vorhanden sind, die Lebensläufe schwierig sind, weil ja über Jahre nichts passiert ist oder ein Junger gar nie eine Ausbildung gestartet hat, weil sie oft schon sehr jung in die Drogenproblematik hineinschlittern. Die Voraussetzungen, die Person gut am Arbeitsmarkt zu integrieren auch wenn sie abstinent ist, ist sehr schwierig! Es ist so schon schwierig, auch wenn er abstinent ist!“ (AMS)

Die stark schwankende Konstanz der Leistungsfähigkeit und fehlende Tagesstruktur macht vielen Opiatabhängigen/Substituierten zu schaffen. Von daher entstehen auch besondere Anforderungen an Reha-Angebote:

„Ich meine das was ich empfinde ist das, dass dann sehr viele einfach auch sehr darunter leiden, dass sie keinem geregelten Tagesablauf nachgehen können, weil sie selber - an manchen Tagen geht es ihnen gut, da können Sie die Welt niederreißen und da sagen sie, da ist mir ein 8 h Tag kein Problem. Und dann gibt es aber wieder zwei Tage, wo sie es einfach nicht schaffen. D.h. wirklich eine kontinuierliche Tätigkeit ist schwierig. Dann ist es so, dass es von der geistigen, von den geistigen Anforderungen eher wirklich niederschwellig.....“ (AMS)

Im AMS gibt es dazu unterschiedliche Ansätze und Erfahrungen. So erscheint in einer Sicht das Instrument „Kursmaßnahme“ völlig unpassend:

„Wo ich mir dann denke, wo Tagesstrukturierende Kursmaßnahmen nicht wirklich einen Sinn machen, weil so niederschwellig will ich sie beschäftigen? Ist ein Ding der Unmöglichkeit!“

In einer anderen Erfahrung werden positive Aspekte einer gewissen Normalisierung berichtet, wenn es beispielsweise gelingt, SubstitutionsklientInnen die Wochenration des Substitutionsmittels mitzugeben:

„Sie sind nicht der Junkie, der jetzt sechs Wochen da war, sondern das ist halt der Herr so und so, der jetzt im Kurs sitzt. Weil die anderen Kursteilnehmer und die Kursleitung haben ja nicht unbedingt das Hintergrundwissen dazu. Das tut gut den Leuten. Habe ich auch die Erfahrung gemacht, es hat bis jetzt eigentlich immer gut funktioniert, dass sie auch die Wochenration mitgekriegt haben, natürlich schon mit ein bisschen Bürokratie. Also haben wir

wieder in der BH eine Bestätigung und halt das übliche - hat aber funktioniert. Also in meinen Fällen die ich jetzt kenne, war das kein Problem, die haben das mit heim gekriegt. Also halbtags sind sehr viele davon einfach leistungsfähig.“

Zwischen der Tiroler Peripherie und dem Zentralraum Innsbruck bestehen starke Fallzahlunterschiede, wie sie an den Geschäftsstellen des AMS erlebt werden:

*„Illegale Drogen haben wir in der Erwachsenenberatung schon auch einige wenige Fälle, aber ich spreche wirklich von wenigen Fällen. So wie ich, ich habe einen Kundenstock von 130 Leuten und habe auch für mich wissentlich, wo auch darüber gesprochen wird und wo bekannt ist, habe ich sieben Drogenabhängige, sieben Suchterkrankte, teilweise substituiert und trotzdem noch im illegalen Bereich unterwegs. Also es beschränkt sich bei uns schon.“
(AMS)*

„Also da ist es sicherlich so, dass es das im Raum Innsbruck viel viel mehr gibt. Ich bin jetzt seit vier Jahren da im AMS und ich weiß das jetzt ein einziges Mal, dass da ein Substituierter bei uns war. (AMS)

Von daher scheint auch der Zugang zum Klientel unterschiedlich gefärbt :

„Was ich schon aus Beraterinnensicht sagen kann oder muss ist, dass einfach in Innsbruck die Beraterhaltung dazu anders ist, größtenteils. Also die Berater die ich kenne, mit denen ich diskutiert habe: nämlich ablehnender und selber schon so: ja ja, ist halt ein Junkie, abwertender. Und teilweise auch lethargisch in der Beratung. Aber das liegt wahrscheinlich einfach auch an der Masse. Weil die Zahlen höher sind der Personen und ich glaube weil schon der Zugang insofern anders ist, dass es für jemanden in der Stadt einfach normal ist. Bei uns ist es [...] immer wieder eben etwas Besonderes, wenn ein Neukunde ist, der halt an der Nadel hängt. Wo man vielleicht auch anders an die Sache dann dran geht, weil man noch mehr Elan hat. Man ist noch nicht übersättigt mit dem. (AMS)

Dass auch intensiv in der Suchthilfe tätige Personen mit blinden Flecken in der Wahrnehmung Opiatabhängiger/Substituierter kämpfen, wird in der Schilderung des Koordinators der Caritas-Drogenarbeit nachvollziehbar:

„Also das ist für uns eine große Bereicherung, weil wir Mitarbeiter haben, die ab und zu mal wechseln zwischen den Projekten drinnen. Und die Leute in allen Tagessituationen sehen und kennen und da auch einen Blick dafür haben. Weil man neigt ja schnell dazu dann doch einmal zu taxieren und zu sagen: Ja okay eben kein Potenzial oder eben exzessiver Konsum, da ist Hopfen und Malz verloren. Und wenn man die Person plötzlich in einem anderen Kontext sieht, ja unglaublich, hätte ich nie gedacht, hätte ich nie erwartet!

Und ich denke diese blinden Flecken, das werden viele Einrichtungen oder auch Organisationen oder die kurative Seite auch haben. Weil die sehen sie auch nur in ihrem Kontext, egal ob das jetzt eine Ambulanz ist oder eine therapeutische Einrichtung, wo sie die blinden Flecken haben, einfach was tut denn der sonst, wenn er eben nicht gerade bei uns im Wartezimmer sitzt, oder? Dann sieht man ihn nicht, kennt man nicht.“ (Caritas-Drogenarbeit)

In der Schilderung wird deutlich, wie stark die Kontextbezogenheit das Verhalten psychodynamisch beeinflussen kann und zu stark verkürzten, einseitigen Fehlschlüssen über das Potenzial von Suchtkranken führen kann. Darin liegt auch ein Plädoyer, für ein kreatives Aufweichen, ein Verflüssigen von Annahmen. Die Caritas-Drogenarbeit hat über die Erfahrungen mit dem Abrakadabra-Beschäftigungsprojekt zu einer forcierten Haltung gefunden:

„Und dann haben wir noch gesagt ja, okay, aber eigentlich gibt es da ganz, ganz viele von diesen Menschen, die zwar intravenös Drogen konsumieren, was ja immer vornehmlich unser Klientel war, von Beginn an eben aufgrund dieser AIDS-Geschichte, und da eben da viele Menschen da waren, die eigentlich gut beinand waren - sagen wir es einmal so. Es wäre nicht gut gewesen, da weg zu schauen, zu sagen, die haben kein Potenzial, sondern eigentlich eher das Bedürfnis, der Drang ist, dann zu sagen, whow, mit denen könnte man eigentlich mehr machen.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Dieses Mehr resultierte in einer Überarbeitung des bisherigen Beschäftigungskonzepts und fordert die TeilnehmerInnen noch stärker heraus, indem nun edle Designwerkstücke entworfen, produziert und verkauft werden:

„Weil das war ja nicht Sinn und Zweck, dass wir da jetzt einen Designer hinein hocken und der macht alles und die anderen schauen halt zu. Und dann sagt man halt: ein schönes Designstück von Drogenkranken. Sondern das muss schon mit dabei sein. Und da haben wir jetzt einfach schauen müssen, geht denn das überhaupt, können die das? Und so in der Evaluation für uns war es eigentlich sehr überraschend, was die Leute eigentlich können, was die eigentlich mitbringen an Fähigkeiten und Fertigkeiten.“ (Caritas-Drogenarbeit)

8. Zugänge ins Suchthilfesystem für KlientInnen

Die SÖB's sind kein direkter Bestandteil der Suchthilfe. Indirekt wird ihnen aber eine wichtige Einstiegsfunktion in der Initiierung von Suchthilfespezifischen Behandlungsangeboten für identifizierbares, suchtblastetes Klientel zugeordnet:

*„Für viele Betroffene, das aber so ein erster Einstieg einmal auch wäre, weil ja dort Sozialarbeiter und Pädagogen sind, die dann vielleicht da auch erkennen: aha der kommt öfter nicht zur Arbeit, da ist eine Thematik da und da muss man weiter dran sein. Also ich glaube, dass es da schon eine Struktur gibt, die man da schon auch nutzen kann, diese SÖB-Struktur, als Einstieg.“
(Emmaus)*

In SÖB's sind aber auch KlientInnen mit einer bereits anbehandelten Suchtproblematik bzw. SubstitutionsklientInnen beschäftigt, die das Strukturniveau des zweiten Arbeitsmarktes schaffen oder denen dies zumindest zugetraut wird. Die Abgrenzung zum Abrakadabra in seiner niederschwelligeren (Nischen-)Funktion wird über die Definition eines Dienstverhältnisses – wie beispielsweise im WAMS – gezogen:

„Vielleicht sage ich zuerst noch etwas zu diesen Personen in Substitution. Wir haben natürlich auch Personen, die jetzt in Substitution sind. Die schließen wir auch nicht aus, weil wo sollen sie denn sonst hin (lacht)? Und es ist ein Faktum, dass es im Grunde für Menschen in Substitution nur das Abrakadabra breit gibt. Und das Abrakadabra ist ganz eine ganz, ganz niedrigschwellige Einrichtung, also das finde ich extrem wichtig in diesem Gesamtgefüge. Aber das ist im Grunde eine Nische und so etwas wie ein Tagelöhnersystem. Das ist schon jetzt im Unterschied - das was wir bieten ist einfach ein normales Dienstverhältnis mit allen sozialversicherungsrechtlichen, Pensionsversicherung etc.“ (WAMS)

Aus der Perspektive des Suchtkoordinators sind die vier ausfinanzierten Beratungsvereine (BIN, Suchtberatung, Tirol, Ambulanz für Suchtprävention ASP, Z6-Drogenberatung) mit ihrem kostenlosen Beratungs- und Therapieangebot als Erstanlaufstellen prädestiniert.

„Also sowohl BIN wie auch Verein Suchtberatung und auch der ASP in Innsbruck und auch das Z6, das sind an sich die vier Beratungsvereine, die im Suchtbereich kostenlos für den Klienten zur Verfügung stehen. Also die sind einfach im Grunde vom Land oder von der Stadt ausfinanziert. Aber eigentlich einmal für ein Erstgespräch oder dass man schaut, wo geht der um, kann er jederzeit zurückkommen.“ (Suchtkoordinator Tirol)

Auch zur Entwicklung des jeweils nächsten guten Schrittes im Suchthilfesystem erscheinen die Beratungsstellen als erste Wahl und wären von daher auch für das AMS als regionale Abklärungs- und Koordinationszentren zu verwenden:

„Und idealtypisch sage ich jetzt einmal, wenn ein Klient irgendwo aufschlägt, wo niemand recht weiß, was mit dem tun, dann ist die erste Adresse wären die Beratungsstellen, also sei es BIN oder Suchtberatung. Also da könnte einfach jeder mit jedem Anliegen einmal kommen.“ (Suchtkoordinator)

Zum BIN kommen viele KlientInnen an der Hand des Partners bzw. der Partnerin. In der Eigenwahrnehmung des BIN erscheint die Beratungsstelle als niederschwellig. Der Erstkontakt erfolgt zumeist telefonisch:

„Wenn man jetzt von reinen Homelessanlaufstellen absieht, sind wir wahrscheinlich das nächste dann. [...] Ja, ich meine für Normalbürger sage ich jetzt einmal ist eine Beratungsstelle jetzt wahrscheinlich kein Riesenproblem täte ich sagen. Aber wer zum Beispiel eine Angststörung oder so etwas hat, solche Leute kommen dann sicher weniger. Aber die sehen wir wahrscheinlich nicht. Oder die brauchen dann - es kommen ja sehr viele in Begleitung auch, mit dem Partner zum Beispiel. Es ist so: weil meistens machen wir das ja telefonisch aus, die meisten Leute rufen an, Internet ist noch relativ wenig. Die meisten Leute rufen an. Es gibt immer Leute, die kommen spontan auch, das sind die, die sich ganz schwer tun, die kommen dann einfach. Und die nehme ich natürlich immer dran, wenn sie kommen. Da muss ich halt sagen, haben Sie Zeit ein bisschen zu warten? Sie kommen auf jeden Fall heute noch dran! Aber die Mehrheit ruft an und dann rufen ja meistens auch die Partner an. Und dann sage ich denen, gehen sie mit am besten, kommen sie gleich mit. Das scheint ganz gut zu funktionieren. Die kommen eher als alleinig.“ (BIN)

Bei den Beratungskapazitäten gibt es offensichtlich keine Engpässe. Im BIN kann innerhalb weniger Tage ein Erstgesprächstermin wahrgenommen werden:

„Bei uns gibt es keine längere Wartezeit als eine Woche. Weil wenn da jemand entlassen wird zum Beispiel und der ruft an, der kommt beim nächsten - wenn er jetzt Gruppe geht angenommen, kann er sofort dabei sein, da mache ich gar kein Vorgespräch oder was.“ (BIN)

Dieser Umstand ist einerseits erfreulich für die Angebotsseite. Dass sich die Nachfrageseite nicht erheblich stärker bemerkbar macht, was angesichts der Prävalenzerwartung der Fall sein könnte, erscheint Prim. Haring – mit Bezug zur Erreichungsquote bei Diabetes – beschämend:

„Der Verein BIN hat ungefähr 1.000 Klienten pro Jahr und da glaube ich, das sind nicht immer die gleichen. Jetzt gibt es uns schon 20 Jahre. Es wird nicht so sein, dass wir 20.000 schon erreicht haben, aber - also ich war gerade auf

einer Tagung in Wien - die gehen von 10 % aus. Von den 10 % haben wir schon geredet vor 20 Jahren, die mit uns in Kontakt kommen. Und ich glaube das ist durch die Gemeindenähe und den BIN gestiegen. Wir erreichen, das soll man sich vorstellen beim Diabetes: dass ich sage, ich erreiche 10 % der Diabetiker, oder 25 % - also undenkbar! Und warum ist das beim Alkohol so?“ (Primar Haring)

Nicht unkritisch wird die Frage der Niederschwelligkeit der Beratungsstellen von manchen trotzdem diskutiert und diese nicht wirklich als gegeben angesehen. So wie Prim. Schmidt im beruflichen Bereich gerne eine Forcierung aufsuchender Strukturen sehen würde, stellt auch die Caritas-Drogenberatung in Frage, ob die regional flächendeckende Anlaufstruktur von BIN und Suchtberatung Tirol auch für die „Nährböden“ von Suchterkrankung, etwa im Tourismus oder für Jugendliche, erfolgreich positioniert ist:

„Und das ist nicht ein Büro was offen ist, von der und der Uhrzeit und da sitzt eine kompetente Person, das ist es nicht. Und eben, wie gesagt, das soll keine Kritik, kein Vorwurf sein, sondern ich glaube, dass es eben ganz ganz schwierig ist, auf Bezirksebene Versorgungsstrukturen zu bringen für eben diese unterschiedlichen Nährböden, ganz schwierig. Wie gesagt, was interessiert es den Koch aus Leipzig, der in Sölden die Saison macht? Also hat er gar keine Zeit, weil der kommt gar nicht nach Imst, wann, wie? Der kommt aus seiner Hütte gar nicht heraus, aus seiner Küche. Der Jugendliche, der mit Partydrogen am Weg ist, was soll der für einen Anlass haben dorthin zu gehen? Was soll der intravenös Konsumierende? Die Hand voll, was weiß ich, die es in Telfs gibt, vielleicht eine bisschen größere Szenen, was soll der für einen Anlass haben dorthin zu gehen? Das ist wirklich der Knackpunkt glaube ich.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Sozialpsychiatrische Angebote zur Tagesstrukturierung und Beschäftigung haben sich in Tirol in den letzten Jahrzehnten sehr erfolgreich entwickelt. Die Ausschlusskriterien gegenüber Suchterkrankungen bildeten bis vor kurzer Zeit eine Zutrittsbarriere für das betroffene Klientel. Der Suchtkoordinator für Tirol ist optimistisch, dass die Diskussion, die in den letzten Jahren zu diesem Thema stattgefunden hat, in Zukunft zu einer stärker integrierenden Öffnung führen wird. Damit würde ein wichtiger Beitrag zur besseren Regionalisierung dieses wichtigen, tagesstrukturierenden und beschäftigungsfördernden Angebots geleistet:

„Ich finde schon, dass man schauen muss, und ich glaube dass es da auch erste Beispiele gibt, Leute widersprechen dann immer wieder, aber ich glaube das ARTIS in Wörgl zum Beispiel, oder auch oben in Imst tagesstrukturierende Geschichten von der pro-mente oder auch vom PSP, eben Talentbörse vom PSP, das TransForm. Also ich bin überzeugt davon, dass es die Diskussion schon gibt und dass man da einfach unterstützend von meiner

Seite und von mehreren Seiten auch einwirken muss, dass die einfach verstärkt auch Leute wo die Suchtproblematik da ist, aber nicht mehr so massiv ist, dass der jeden Tag sauft, dass man dann sagt, okay, das ist, wie auch sonst sozialpsychiatrisches Klientel, nicht immer ganz einfach zu händeln, aber die nehmen wir da dazu. Und dann könnten wir sozusagen auch die Regionalisierung leichter schaffen.“ (Suchtkoordinator Tirol)

Der Zutritt ins Suchthilfesystem ist meist erst ein zweiter Schritt. Zunächst bleibt für Betroffene (und Angehörige) die erste Hürde zu überwinden: Die basale Einsicht in ein oft als selbstbeschämend empfundenenes Suchtverhalten und die Überwindung, sich für sich selber zu „outen“, sich die eigene Hilflosigkeit eingestehen, Hilfe zu suchen und zuzulassen:

„Und was man vielleicht auch ein bisschen übersieht oder wo ich oft das Gefühl habe, das ist noch gar nicht im Spiel, ist diese Stigmatisierung die ich habe durch diese Erkrankung. Das war mir im psychischen Bereich viel deutlicher, da gibt es auch große Strukturen, da gibt es Angehörigenselbsthilfegruppen, da gibt es inzwischen organisierte Patientenvertretungen. Und wenn man da organisiert ist und wenn es da eine Gruppe gibt, an der ich Anteil habe oder mich austauschen kann wie es mir mit dem geht, ist das natürlich etwas anderes und ist das etwas, was mich stärkt. Ansonsten muss ich wieder beginnen das zu verheimlichen. Und das ist auch ein Teil dieser Suchtdynamik dann, diese Dinge immer unter den Tisch zu kehren, so zu tun als ob es mir eh gut geht. (Haus am Seespitz)

Im vielfach kleinräumigen sozialen Lebensraum entsteht gerne eine besondere Enge:

„Das ist sicher ein großes Problem, so diese Stigmatisierung, diese Dorfgemeinschaft, wo dann einfach auch eine große Scham da ist.“ (PSP)

Die stark eingeschränkte Erreichungsquote bei Alkohol wurde schon angesprochen; beachtliche 50 Prozent der Opiatabhängigen bewegen sich - nach mittlerweile über 20 Jahren einer etablierten Verfügbarkeit – ebenfalls außerhalb einer (Substitutions-)Behandlung:

„Wir haben nach wie vor nur die Hälfte aller Leute ungefähr in Behandlung, die andere Hälfte ist nach wie vor außerhalb der Behandlung.“ (OA Dr. Madlung)

Für die Reha-orientierten Suchthilfeangebote werden die fehlende Krankheitseinsicht bzw. die Ablehnung eines fachpsychiatrischen Zusammenhangs angeführt, die immer wieder dazu führen, dass Personen mit einer Substanzgebrauchsstörung die Reha-Eintrittsschwelle (mit einem erforderlichen fachärztlichen Gutachten) nicht überschreiten und z.B. in einem suboptimalen Verschreibungszusammenhang mit Hausärzten verbleiben:

„Aber generell ist diese Schwelle schon da. Die ist ja auch bei uns sehr hoch, wir sind eine Rehabilitationsmaßnahme, es braucht eine Zuweisung von ei-

nem psychiatrischen Facharzt. Diese Schwelle ist sehr hoch. Also es gibt Menschen, die einfach ihre Suchterkrankung haben, das wissen, sich aber nicht als psychisch Kranke ansehen, deswegen nicht zu einem Psychiater gehen, sich vom Hausarzt behandeln lassen, da eben auch Medikamente auch eventuell verschrieben kriegen. Die können wir nicht betreuen. Das ist eine große Schwelle für viele.“ (PSP)

„Jetzt speziell bei den Finanzierungen, egal ob Reha oder was, ist ja natürlich auch oft ein Dilemma, weil die Menschen, die mit einer Substanzabhängigkeit, die wir vornehmlich haben, intravenös konsumierende Menschen, ist natürlich fehlende Krankheitseinsicht, ist natürlich immer ein Problem. Ich brauche aber immer ein Facharztgutachten oder eine Empfehlung natürlich um das überhaupt zu haben [Abstinenzabsicht], ich brauche natürlich auch irgendeinen Wohnsitz und das sind natürlich Probleme, die jetzt mit unseren Menschen nur schwer lösbar sind.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Bei Opiatabhängigen/SubstitutionsklientInnen wurde der Zugang gelockert und die Reha-Eintrittsschwelle insofern gesenkt, als nun auch hausärztliche Befürwortungen den Eintritt in die Reha-Maßnahme ermöglichen:

„Und das funktioniert jetzt inzwischen auch, jetzt sind wir von diesen Facharztgutachten weg zumindest zum Teil, weil es einfach eine so hohe Schwelle ist, weil es ist einfach ganz ganz schwierig vom Zugang. Es ist natürlich leichter, wenn der bei seinem behandelnden Hausarzt ist und der sagt, die Maßnahme befürwortet er, macht Sinn. Und das ist einfach einfacher.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Aus der Perspektive der Suchthilfe bleibt das Procedere in einem Einstiegsszenario in die Hilfsmaßnahmen klar: Zunächst muss das existenzielle Grundbedürfnis „Schlafplatz/Wohnen“ gesichert sein, um weitere therapeutische Schritte angehen zu können:

„Und eben unser Zugang ja der ist, dass wir eben der Meinung sind, dass die grundlegende Stabilisierung des Menschen sehr wohl natürlich mit einem Wohn-/Schlafplatz zusammenhängt, auch mit einer Beschäftigung. Und eingebunden sein in ein Versorgungs- und Betreuungssystem, dass das die Grundbasis ist, weil ohne dem wirst du die Menschen nicht greifen können. Dann wird alles andere sowieso nie passieren. Und dann kann ich sie ewig lang ausgeschlossen lassen von dem und der wird auch nie mehr kommen dann. Weil wie soll der einsteigen in das Ganze?“ (Caritas-Drogenarbeit)

Das Bemühen der Suchtberatung Tirol die Zutrittsbarriere zu senken um mit Opiatabhängigen verstärkt in Kontakt zu kommen, mündet in Ansätze „hinaus“ zu gehen, beispielsweise in die Drogenambulanz in Wörgl, oder aber auch eine Erweiterung Richtung Ambulanzangebot mit einer Substitutionsärztin/-arzt in Imst anzustreben:

„Also das Thema Schwerstabhängige, die Erreichbarkeit, das ist einfach ein Thema mit dem wir uns immer wieder auseinandersetzen: wie erreichen wir überhaupt die Schwerstabhängigen. Wir haben ja ganz viele Leute vom Cannabis, also die überwiesen werden vom Gericht. Und bei uns ist eben so das Thema, was können wir unternehmen, damit wir wirklich die Leute, die im Substitutionsprogramm sind, dass die auch in die psychosoziale Beratung zu uns kommen? Und da gibt es ganz viele Ansätze, die wir einfach einmal ausprobieren. Zum Beispiel im Unterland gehen wir auch in die Drogenambulanz hin einmal in der Woche, wo wir einfach dort auch die Beratung anbieten, da sind wir dann vor Ort in der Drogenambulanz in Wörgl. Im Oberland in Imst ziehen wir jetzt in neue Räumlichkeiten um und im Zuge dessen gibt es auch eine inhaltliche Erweiterung, da suchen wir einen Substitutionsarzt oder -ärztin, die dort eben Substitution anbieten können. Und wir sind dann wieder dort, so das ist der Plan, mit der psychosozialen, klinisch-psychologischen Beratung.“ (Suchtberatung Tirol)

Aus den Erfahrungen mit dem Spritzentauschprogramm des Komfüdros in Innsbruck leitet sich Verständnis für die Schwierigkeit des Vereins Suchtberatung Tirol ab, als Beratungsstelle von intravenös Konsumierenden überhaupt aufgesucht zu werden:

Ohne dass ich das als Kritik an den Verein, den betroffenen, geben will, aber das Beispiel für mich ist: also wir wissen aus unseren Erfahrungen, die Zahlen sind ja belegt zur Suchtberatung, unsere Spritzentauschzahlen - wir sind ja die einzigen die in Tirol Spritzen tauschen - wir haben zentral den Überblick, [...], ich schätze jetzt mal Pi mal Daumen werden es für 2013 schon an die 300.000 Spritzen sein, die wir getauscht haben und verkauft haben. Dann kann man sich auf den Tag herunter rechnen, 365 Tage, da hat man ein gutes Volumen pro Tag dann. Und wir wissen aus den Bezirken, wir machen immer wieder eine Erhebung und schauen wer kommt aus welchem Bezirk. Und wir wissen – egal, da kommen die Leute aus Reutte für die Szene mit einer Sporttasche voll, da sind 1.000 gebrauchte Spritzen drin, der wirft die bei uns rein und nimmt 1.000 frische Spritzen wieder mit und auf nach Reutte. Und ich verstehe, dass es infrastrukturell ganz ganz schwierig ist, das anzubieten, weil das kostet natürlich Geld, weil die Szene ist dann schon klein, 1.000 Spritzen sind jetzt nicht 1.000 Leute, das muss man schon anders sehen, das ist halt eine Hand voll Leute oder zwei Hände voll und für die extra etwas machen ist einfach schwierig, so etwas aufzubauen. Und da denke ich, eben so wie die Suchtberatung Tirol, die in allen Bezirken vertreten ist, die in jedem Bezirk eine Anlaufstelle hat und das ist einfach schwierig. Weil nur da zu sein? Da kommt ja kein Schwein - provokant ausgedrückt. Und das ist ein bisschen ein Dilemma für die, die sitzen da quasi - den Einblick in die Zahlen habe ich nicht, ich weiß halt ein paar Interna, die weiß ich schon - sie tun sich

recht schwer die Leute rein zubringen. Und da denke ich mir, das ist einfach dasselbe Thema, wie man es attraktiv gestaltet, dass die Leute kommen. Also wo derwischt man sie, dass es einen Wert gibt für die, dorthin zu gehen und einfach anzudocken.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Das Caravan als abstinenzorientierte Maßnahme besteht nicht nur auf Abstinenz, sondern fixiert auch das Ziel: die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt. Von daher begrenzt sich der Spielraum für das Klientel: Über das Ziel am Ausgang der Maßnahme wird die Hürde des Einstiegs mitgeformt. TeilnehmerInnen sollten mit einer entsprechend hohen Erfolgswahrscheinlichkeit nach 7 Monaten im Projekt den Belastungen und Anforderungen am ersten Arbeitsmarkt gewachsen sein:

„Für mich, in unserem Konzept ist es ganz klar, weil ich sage die Anforderungen im ersten Arbeitsmarkt, für die sollen wir die Teilnehmer ja fit machen, sind schon hoch genug und die können sie schon gar nicht schaffen, wenn sie angetrunken sind. Darum stelle ich sie für uns gar nicht infrage. Darum ist auch für mich ganz klar, ich habe mich wirklich letztes Jahr eine Zeit lang damit befasst mit Substituierten. Aber wie gesagt, auch das nicht.“ (Caravan)

Dass für die erfolgreiche Bewältigung des Caravan-Seminars auch ein guter kognitiver Zugang seitens der TeilnehmerInnen notwendig ist, wird mit dem Verweis auf das Tätigkeitsangebot von Emmaus deutlich. Emmaus bleibt, bei einer ebenfalls strikten Abstinenzorientierung, deutlicher im Tun:

„Oder ich sage auch - ich meine auch so im Vergleich mit Emmaus - die haben mehr Konzept, wo es einfach mehr ums Arbeiten geht und die Gruppengespräche mehr im Hintergrund sind. Bei uns ist es eher andersrum. Wo ich sage gut, dass es das gibt auch. Manche Personen tun sich schwerer, tun eher über das Tun hin, können sich vielleicht auch gar nicht so auseinandersetzen. Ich habe teilweise wirklich Teilnehmer, Phänomene, wo ich sage, wenn man es ihnen so sagt, tun Sie so, die tun das einfach! Denken gar nicht links und rechts und es funktioniert, funktioniert bestens!“ (Caravan)

Aus der Perspektive des abstinenzorientierten Therapieprogramms in der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz stellt sich die Frage, wieweit bei SubstitutionsklientInnen die Motivation für eine weitere Entwicklung Richtung Abstinenz zum Erliegen kommt; mit diesem Klientel könnten die vorhandenen Plätze in Maurach gar nicht mehr ausgefüllt werden. Insofern wird das Substitutionsgeschehen als Dauerzustand auch kritisch hinterfragt, wenngleich die harmreduktion als prioritäres Ziel außer Streit steht. Wie hier zusätzliche Anreize für den nächsten Entwicklungsschritt gesetzt werden können, um den „Substitutionsschnuller“ wieder abzugeben bzw. warum dieser nicht stattfindet, bleibt offen:

„Mir ist klar, die Schwierigkeit ist immer, das Überleben zu sichern. Und wenn ich jemanden auf den freien Markt lasse, dann hat das massivste soziale und in allen Lebensbereichen, körperliche Konsequenzen. Von der Beschaffungsschwierigkeit und was man da dann alles tut, das ist überhaupt keine Frage. Aber da habe ich manchmal das Gefühl, es wäre zumindest gut zuzusagen: also eigentlich kannst du schon noch weiter dich entwickeln, du musst halt den Schnuller abgeben. Das ist schwierig, aber wir können da anfangen. Es ist ja auch eine Besonderheit in Maurach, wir könnten tatsächlich aus meiner Sicht nicht nur mit den illegalisierten Drogen leben, also mit diesen Patienten, obwohl es statistisch genug gibt. Aber sie kommen irgendwie nicht. Und die Frage ist natürlich schon, was passiert denn da? Und wo bleiben die hängen?“ (Haus am Seespitz)

Äußerer Zwang alleine provoziert jedenfalls keine hinreichend tragfähige Motivation, ein anspruchsvolles Therapieangebot Richtung Abstinenz sinnvoll zu nutzen:

„Zwangsweise Entwöhnungstherapie ist immer schwierig. Grundsätzlich finde ich, sind es beides tolle Therapieeinrichtungen, sowohl die B4 als auch das Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters, was vielen Leuten einfach weiter hilft in der Lebenssituation in der sie sind. Zwangsweise, haben wir die Erfahrung gemacht, funktioniert meistens nicht. Man muss das selber wollen. Also beim AMS habe ich das jetzt noch nie erlebt, aber bei der PVA gibt es die Auflage, sie müssen eine Therapie machen. Oder auch wenn es jetzt im Bereich Delinquenz, also wenn jetzt jemand Therapie statt Strafe - so in die Richtung.“ (PSP)

Der Motivationsaufbau erfolgt sinnvollerweise in einem abgesicherten Rahmen einer eingerichteten, kontinuierlichen Begleitung. Über diese entsteht auch so etwas wie „Druck“, im günstigsten Fall jedenfalls einer, der von innen heraus zu wirken beginnt:

„Druck aufbauen funktioniert, aber durch Beratung und Begleitung. Auch wir schicken sozusagen schicken Klienten von uns immer wieder einmal auf Therapie, auf Entwöhnungstherapie. Aber das ist ein Beratungsprozess, Das sagen wir nicht von heute auf morgen, sie müssen jetzt das machen, sondern versuchen, die Veränderungsmotivation soweit zu begleiten, dass der dann von selber sagt, okay ich gehe jetzt.“ (PSP)

Das verfügbare ambulante Psychotherapieangebot erscheint als zusätzliches, unterstützendes Element hilfreich. Die Verfügbarkeit bleibt dabei in unterschiedlicher Weise gegeben: Über das Tiroler Modell bei frei niedergelassenen PsychotherapeutInnen kommt es zu Kapazitätsengpässen, die zu längeren Wartezeiten, insbesondere außerhalb des Zentralraums Innsbruck, führen können. Auf der anderen Seite trifft das Suchtklientel hier auch auf Vorbehalte, die sich auf die Verlässlichkeit und Einhaltung der Verbindlichkeit beziehen:

„Weil wer von unseren Patienten, Psychatriepatienten, Suchtpatienten kann sich in der Regel eine Psychotherapie leisten? Und im Tiroler Modell gibt es Wartezeiten und nicht eben so dieser nahtlose Übergang. Und da gibt es auch immer im Prinzip, auch von unseren Ärztinnen, so die Haltung, naja würdest du jetzt als Psychotherapeut einen Suchtkranken aufnehmen, wenn der unzuverlässig deine Therapiestunden besucht oder nicht besucht und damit Verdienstaustausch und und und? Und dann ist da relativ schnell die Tür wieder zu und dann sagt man, tut mir leid, ich mache nicht weiter mit Ihnen, weil das funktioniert so nicht.“ (Therapiezentrum Mutters)

Auf der anderen Seite stehen über ASP und BIN ambulante Psychotherapieressourcen zur Verfügung. Beim ASP beschränken sich diese auf den Zentralraum Innsbruck, über BIN bleibt Zugriff auf ein flächendeckendes Angebot, das allerdings aktuell in seinen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft wird:

„Der ASP hat ja - historisch gesehen - das geschafft, dass sie einen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse haben, die können direkt abrechnen. Sie haben ein Kontingent, das Sie direkt mit der Gebietskrankenkasse abrechnen können.“ (Suchtkoordinator Tirol)

„Mit ASP haben wir sehr gute Erfahrungen, insbesondere weil die Kolleginnen, die dort arbeiten, einfach suchtspezifisch sehr gut ausgerichtet sind, natürlich auch in der Flexibilität. Weil da macht es nicht so viel aus [wenn Termine nicht eingehalten werden].“ (Therapiezentrum Mutters)

„Und deswegen arbeiten wir dann sehr eng eigentlich mit dem ASP zusammen, wenn es um Psychotherapie geht, jetzt auch mit dem Verein BIN, die ja auch Psychotherapie anbieten, von den Kolleginnen, die eine Psychotherapieausbildung haben, weil da eben ein Geldtopf aufgestellt worden ist, um so etwas, nicht generell, aber eben im Einzelfall anbieten zu können. Diese vier Strukturen des BIN, das ist Beratung, Betreuung, Psychotherapie, Gruppe, ist eigentlich dann schon ein relativ breit gefächertes Angebot. (Therapiezentrum Mutters)

Psychotherapie beschränkt sich nicht auf den Umgang mit Suchtmitteln, sondern hat das Individuum als Ganzes im Behandlungsfokus. Von daher bleibt ambulante Psychotherapie eine wichtige Begleitschiene.

„Ich meine wir müssen uns ja auch klar sein, dass jetzt eine Suchtproblematik ja nicht ein spezifisches Suchtproblem ist, sondern es ist ein Lebenspersönlichkeitsproblem wo man in viele Bereiche kommt und das geht nicht immer nur am Suchtmittel entlang. Sondern eben an den lebenspraktischen an den Lebensumständen, an den Persönlichkeitsmerkmalen eines Menschen und nicht nur am Alkohol oder nur an der Droge als solches. Und so gesehen also

*diese psychotherapeutische Schiene ist sicherlich ein wirksames Instrument.“
(Therapiezentrum Mutters)*

In der regionalen Breite ist die Verfügbarkeit von Psychotherapie für Suchtklientel bei frei niedergelassenen TherapeutInnen allerdings ausbaufähig:

„Und das bräuchten wir auch jetzt nicht nur konzentriert auf Innsbruck. Im Zentralraum haben wir relativ viel aber im Oberland, Unterland oder auch in den Tälern drinnen oder in Lienz zum Beispiel, das ist so ein fast ein weißer Fleck, also da bräuchte es mehr. [...] Reutte ist auch so ein Teil, wo auch der BIN jahrelang eher mit wenig Frequenzzahlen gearbeitet hat.“ (Therapiezentrum Mutters)

Insbesondere der ASP bietet sich hier als fachliche Unterstützung für dezentral niedergelassene PsychotherapeutInnen an, um auch in der Peripherie eine stärkere psychotherapeutische Versorgungsdichte zu fördern. Diese fachliche Unterstützung könnte in Form von suchtspezifischen Fortbildungs- oder Interventionsangeboten mithelfen, für suchbelastete Personen den Zugang zu Psychotherapie – analog zu sozialpsychiatrischen Angeboten – zu erweitern:

*„Ich glaube eben für wirklich größere Strukturen ist dann wieder zu wenig Klientenaufkommen da, regional. Aber zu schauen, wie man mit niedergelassenen Psychotherapeuten auch in den Regionen draußen da vielleicht Kooperationen findet, würde ich gescheit finden. Und ich glaube sie [ASP] sind ein bisschen beim Überlegen, ob sie nicht überhaupt eine Fortbildungsveranstaltung machen, jetzt dann für 2015 planen anfangen, um das Thema auch im therapeutischen Bereich noch genauer anzuschauen. Und suchtherapeutisch gibt es nichts, eben da muss man schauen, wie man das voranbringt.“
(Suchtkoordinator)*

Zentral für eine state-of-the-art-Betreuung Suchtkranker bleibt allerdings auch das Vorhandensein von Tagesstruktur und Beschäftigung. Ein wichtiges Motiv in der niederschweligen Versorgung Suchtkranker, die bereits fortgeschrittene Mängel an strukturierter sozialer Einbettung aufweisen, ist die Aktivierung über Beschäftigung. Mit der fehlenden Möglichkeit regulärer Beschäftigung am ersten oder auch zweiten Arbeitsmarkt breitet sich Langeweile aus, Folge eines unstrukturierter Alltags. Da auch im zweiten Arbeitsmarkt „Gesundheit“ als Voraussetzung gilt, braucht es für massiv Suchtkranke einen eigenen Projektzugang, der die empfundene Langeweile konstruktiv und motivational aufgreift, um wieder einen Schritt Richtung Konsolidierung, Tagesstrukturierung und Konsumreduktion – und damit gegen Verelendung – zu schaffen. Das Projekt Lama hat sich aus diesem Ansatz heraus erfolgreich entwickelt:

„Also generell zum Lama muss man sagen: entstanden ist es aus der Motivation, dass wir einfach erkannt haben im Verein für Obdachlose, dass bei Streetwork und in der Teestube sehr viele Leute einfach angedockt haben, und Klientel waren und diese Dienste in Anspruch genommen haben, die einfach ein schweres, massives langjähriges Alkoholproblem gehabt haben und

*haben. Und denen ganz langweilig war, die einfach eine Beschäftigung wollten. Also das war so eigentlich, aus dem heraus ist das gewachsen. Dass wir eigentlich gesehen haben, also da gibt es einfach die Menschen und das kann man auf den Begriff Langeweile herunter brechen. Und zudem aber keine Chance gehabt haben, auf dem normalen Arbeitsmarkt sowieso nicht, aber auch nicht auf Transitarbeitsplätzen. Also auch in diesem klassischen zweiten Arbeitsmarkt eigentlich keine Chance. Das ist ja auch an Auflagen gekoppelt mit dem AMS und setzt auch schon grundsätzliche Gesundheit voraus.“
(Lama)*

Rehabilitative Bewegungen im Feld von Suchterkrankungen zeichnen sich operativ sehr oft als Folge vieler Einzelschritte – gerne auch mit Seitwärtsbewegungen – aus. Also nicht eine einzelne gravierende Entscheidung (z.B. zur Abstinenz) oder eine erfolgreich absolvierte Maßnahme können den angestrebten Erfolg versprechen, sondern ein Bündel an inneren Entwicklungen, Entscheidungen und Maßnahmen führen in ein Leben, das nicht mehr von Substanzabhängigkeit dominiert ist. Im Feld der Suchthilfe wird dies in folgendem Beispiel idealiter skizziert:

„Was wir gesehen haben, was gut funktioniert, ist eben diese schrittweise Entwicklung: also zuerst etwas Niederschwelliges. Ich sage jetzt ein Beispiel: bei uns wäre das die Talentbörse, jemand hat den Arbeitsplatz verloren ist in einer psychischen Krise, trinkt zu viel Alkohol. Nach einem Entzug in der Klinik kommt der in die Talentbörse und hat vielleicht zusätzlich noch einen aufsuchenden Dienst, eine Einzelbetreuung von uns. Das geht dann über ein Jahr. In der Zeit werden seine Interessen gefördert, seine Kompetenzen gestärkt und dann schaut man nach einem Jahr okay, wo soll es hingehen? Der hat vielleicht am Anfang mit drei Tagen in der Woche angefangen und steigert das dann auf fünf Tage in der Woche, schafft dann diese fünf Tage und dann kann man schauen, wie soll es jetzt weitergehen?“ (PSP)

Am Beispiel einer Klientin wird der weitere Weg beschrieben: Schließlich erreicht sie zwar die Einmündung in eine reguläre Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt, gleichzeitig bleibt die Klientin auf den Bezug der Mindestsicherung angewiesen, da sie sinnvollerweise nur 20 Stunden leistungsfähig bzw. durch Erwerbsarbeit belastbar ist:

„Dann geht es von uns auch weiter: entweder ins TransForm¹³ oder ins Caravan, das wäre so ein Weg. Es gibt da unterschiedliche Angebote, eine Klientin zum Beispiel, die hat, als Zwischenstation war die noch im Kräuterfeld vom PSP - das ist jetzt nicht spezialisiert auf Alkohol, das ist aber generell eine

¹³ „Das TransForm ist ein Integrationsbetrieb, wo Klienten ein bis eineinhalb Jahre einfach auf den ersten Arbeitsmarkt vorbereitet werden. Es ist ein Tischlereibetrieb, sie machen eben Holzprodukte und auch Aufforstungsarbeiten. Die Arbeit ist begleitet von professionellen Handwerkern aber auch von pädagogischem Personal. Bis zu 10 Plätze.“ (PSP)

Initiative auch- hat dann im Kräuterfeld ein paar Monate gearbeitet, ist dann ins Caravan gegangen und ist jetzt wieder im Arbeitsprozess integriert, also die hat dann ein Praktikum gemacht und hat dort eine Arbeitsstelle bekommen. Allerdings schafft sie nur 20 h, mehr schafft sie nicht. Und muss jetzt zusätzlich eine Mindestsicherung beziehen, weil sie nicht mehr als 20 h schafft. Und in dem Betrieb, ist ein handwerklicher Betrieb, auch nicht mehr verdient. Also das wäre so ein Werdegang, wo man sich denkt okay, das ist wirklich optimal gelaufen, super, ist jetzt wieder im Arbeitsmarkt die Klientin. Muss aber trotzdem eine Mindestsicherung beziehen! Weil mehr als 20 h ist auch aus meiner Sicht, aus fachärztlicher Sicht einfach nicht zumutbar für sie. Obwohl das so ein toller Erfolg ist, braucht sie trotzdem die Mindestsicherung.“ (PSP)

Idealtypische Verläufe entwickeln - nicht nur in diesem Beispiel – durch Konfrontation mit der Realität problematische Kanten. Aus Sicht des Suchtkoordinators beinhalten idealtypische Behandlungsszenarien die Gefahr, letztlich die Realität zu verkürzen. Wesentlich sollte von einem Individuumzentrierten, langfristigen Ansatz ausgegangen werden. Die Architektur des gesamten Maßnahme- und Behandlungsspektrum sollte demnach nicht in gerader, idealtypischer Linie zu einer „Heilung“ führen. Vielmehr seien repetitierende Zustiegs- und Verweilmöglichkeiten auf unterschiedlichen Struktur- und Prozessebenen vorzusehen:

„Das ist meine Sorge, dass wenn wir jetzt idealtypisch einen Behandlungsverlauf beschreiben, und dann schaffen den aber nur 10%, ist das dann sinnvoll? Oder ist es nicht besser, dann etwas zu beschreiben, wo man sagt, das probieren wir immer wieder bei den Leuten - also ich will nur nicht etwas machen, wo ich von Anfang an sage, das hat mit der Realität, in der die Patienten sind und in der wir sind zu wenig zu tun. Ich glaube schon, dass es gut ist, wenn man einen langen Atem hat und wenn man auch einmal eine Maßnahme hat wie eben im Grünen Kreis oder im Haus Sebastian, wo jemand einmal fix für ein Jahr dort ist und dann noch einmal ein halbes Jahr verlängern kann. Und im Haus Sebastian haben wir alte Leute, ältere Leute über 50, die jetzt schon 4 oder 5 Jahre dort sind. Und es gibt Einrichtungen in Deutschland, wo Alkoholleute sozusagen in einer Art betreuten WG leben und dort einfach sind. Sozusagen es gibt nicht nur den Endpunkt und der geht jetzt arbeiten wieder am Schluss. Sondern es gibt unterschiedliche Wege, wo die Leute dann hingehen, weil es halt vielleicht nicht mehr geht, weil die halt dann wirklich in Frühpension sind oder in der unbefristeten I-Pension sind und trotzdem auch noch eine Betreuung brauchen, damit sie das zumindest halbwegs gesund machen und nicht komplett abstürzen, so irgendwie.“ (Suchtkoordinator Tirol)

Dieser Anspruch leitet sich aus der Erfahrung der Brüche, Ausstiege und instabilen Behandlungsverläufe mit Suchtkranken ab. Da an der intrinsischen Motivationsvoraussetzung keine

Abkürzung vorbei führt – etwa durch Zwang – bleibt für das Suchthilfesystem die Abhängigkeit von dieser Komponente, und damit vom Willen und Wollen des einzelnen Klienten, bestimmend. Kontinuität und Konstanz in Behandlung und Begleitung werden vom Suchthilfesystem zwar sinnvollerweise möglichst durchgängig angeboten; KlientInnen müssen diese allerdings nicht immer annehmen. Daher ist es auszuhalten, wenn sich KlientInnen im System „frei“ bewegen, auch wenn diese Bewegung aus der Helferperspektive ungünstig erscheinen mag:

„Die eine Schwierigkeit liegt bei den Klienten und das hat mit dem zu tun, dass es da halt Abbrüche, Rückschläge, Ausstiege, nicht mehr weiter tun wollen, gibt. Also wo es einfach von daher nicht so leicht ist eine Konstanz herzustellen. Und da auch vom Ethischen her die Frage ist, inwieweit muss ich das ein Stück weit dem Klienten auch zugestehen, dass er das tut? Und wo darf ich - weil es gibt schon eine Möglichkeit, ich kriege ja relativ viele Daten herein und könnte sozusagen auch viele Daten immer wieder an die Einrichtungen weitergeben - aber wo darf ich da fürsorglich bis paternalistisch werden? Und wo muss ich sagen, okay, ich werde zwar alles daran setzen, dass es die Konstanz gibt, aber wenn ein Klient bestimmte Schritte setzt, dann ist er halt mal auch wieder draußen und man muss schauen, wie er wo wieder auftaucht in dem System und wie kann man dann wieder ansetzen.“ (Suchtkoordinator Tirol)

„Ich denke das kann auch nur klappen mit eigenem oder aus eigenem Antrieb. Ich glaube dass diese Zwangsmaßnahmen einfach zum Scheitern verurteilt sind, weil zu störanfällig einfach.“ (BBRZ)

Das Vorhandensein einer Vielfalt unterschiedlichster Maßnahmen – im Gegensatz zu einer Konzentration auf wenige spezialisierte Einrichtungen - wird vom Suchthilfekordinator grundsätzlich positiv bewertet, da so mehr Andockmöglichkeiten für die unterschiedlichsten Bedürfnissen und Voraussetzungen von KlientInnen des Suchthilfesystems entstehen:

„Ich finde langfristig erfolgreich wird sein, wenn alles gut zusammen spielt und wenn es viele verschiedene Maßnahmen gibt. Das merken wir ja, alleine im Suchthilfesystem merken wir schon, wenn es einfach viele Maßnahmen gibt, eine Breite, dann greift das auch gut. Wenn es nur einige wenige Spezialisierte gibt, dann gehen viel zu viele Leute durch die Lappen.“ (Suchtkoordinator Tirol)

Unabhängig von den Bewegungen der KlientInnen, die Zugang und Ausstieg aus Behandlungs- und Betreuungsszenarien auch immer wieder selbst wählen bzw. mitentscheiden, ist in Tirol ein Prozess in Gang gekommen, die Nahtstellen der einzelnen Angebote und die möglichen Übergaben stärker zu fokussieren:

„Und das andere ist, und das glaube ich ist ein Prozess - aber der glaube ich fangt gerade greifen an - ist schon, zu schauen, dass die Einrichtungen, die sozusagen so Übergaben und wo es eben die Nahtstellen gibt, oder wo es so

weitergeht, dass die einfach immer mehr voneinander wissen und schon in irgendeiner Form überlegen, wie kann ich mit Zustimmung des Klienten schauen, dass es eben nach mir etwas gibt. Dass die Übergänge wirklich auch geplant sind und überlegt sind und so.“ (Suchtkoordinator Tirol)

8.1. Regionalitäten – Flächendeckung?

Sobald man den Zentralraum Innsbruck verlässt, verdünnt sich das suchthilfespezifische Angebot. Damit wird Regionalität zur besonderen Herausforderung. Die Problematik wird in dieser Studie auf verschiedenen Ebenen angesprochen. Bleibt die Entfernung stationärer Angebote wie Mutters, die Suchtbehandlungsabteilungen des Psychiatrischen Krankenhauses Hall, die Therapieeinrichtung Haus am Seespitz oder das Haus Sebastian in Kiefersfelden vom jeweiligen Wohnort weniger bedeutsam, ist das ambulante oder mobile Angebote entscheidend vom Distanzfaktor abhängig. Deutlich wird das beispielsweise am Angebot des Caravan:

„Es ist wirklich so, dass wir da eine große Ausfallsquote haben an potenziellen Bewerbern für das Caravan, weil die schon sagen, wenn ich da jeden Tag Innsbruck fahren muss?“ (AMS Kufstein)

„Das Platzangebot erlebe ich anders, eher zu wenig, also bei uns regional zu wenig, weil ich glaube schon, dass wir schon mehr Leute dermotivieren würden, wenn es regional anders wäre. Das ist eine Standortfrage.“ (AMS Imst)

„Wir haben auch Leute aus dem Ötztal gehabt, Zillertal auch noch, aber es ist klar, man muss es schaffen, bis 8:00 Uhr mit Öffis in Innsbruck zu sein. Weil ich denke wir haben jetzt jemanden, der ist von Mieming oben, auch wenn es vielleicht kilometermäßig nicht so weit ist, aber da herunterkommen, das ist eine halbe Weltreise, will mitmachen, macht es auch, schafft es auch.“ (Caravan)

„Ich denke mir von den zehn Alkoholikern, die ein Berater in Schwaz, Kufstein hat, schafft er es vielleicht, dass einer in Innsbruck daran teilnimmt, weil die anderen schaffen es nicht. Die scheitern dann schon alleine an der Zugstrecke, an dem pseudofamiliären Umfeld, oder wirklich an den Strukturen, dass sie es ganz einfach dann nicht schaffen, rechtzeitig dort zu sein. Weil die müssen dann eben noch das Kind in die Schule bringen, den Hund Gassi führen und keine Ahnung was. Und das ist einfach dann nicht zumutbar. Und wir schaffen es halt leichter die Leute zu motivieren.“ (AMS Innsbruck)

Dass es keinen Caravan-Ableger im Ober- oder Unterland gibt, hat aber auch mit der Realität zu tun, dass die Plätze in Innsbruck (mit stark verdichtetem Einzugsgebiet) oft kaum zu besetzen sind:

„Ein regionales Angebot haben wir uns insofern gar nicht überlegt, weil es gar nicht so leicht ist, dass wir die Gruppen voll kriegen.“ (Caravan)

Von daher entsteht auch eine Umkehrung der Betrachtungsweise: Je mühevoller der Zugang zum Angebot, desto stärker werde für manche dann die intrinsische Motivation zur Teilnahme und zum Durchhalten angeregt:

„Und ich denke mir, dass wenn jemand aus den Bezirken es auf sich nimmt um täglich nach Innsbruck zu pendeln, dann ist einfach die Motivation ganz eine andere. Weil ich denke mir, jetzt böse formuliert, je mehr Strapazen jemand auf sich nimmt um das wirklich durchzuziehen, ist die Motivation ganz eine andere, als wenn es ihm eh am Tablett serviert wird.“ (AMS)

Emmaus ist ebenfalls als primär lokales Projekt im Großraum Innsbruck anzusehen, obwohl es sozusagen eine „stationäre“ Struktur mit dem integrierten Wohnbereich anbietet:

„Ich kenne das Projekt Emmaus, ich weiß dass die Arbeitsplätze anbieten, auch Wohnmöglichkeiten. Aber es ist wirklich ganz selten, dass jemand von uns das nimmt. Es kommt auch ganz darauf an, wo jemand wohnt bei uns im Bezirk, das macht schon Unterschiede ob jemand in Walchsee wohnt und nach Innsbruck fahren muss oder von mir aus in Kramsach und da die Bahnlinie nutzen kann, das ist natürlich schon ein Unterschied. Aber das Emmaus ist auch - es ist erstens einmal ein Entfernungsproblem und ein Stellenproblem. Sie haben halt auch sehr viel Innsbrucker natürlich, die das nutzen und nicht so oft Bedarf, also es ist nicht so oft etwas frei. Es ist nicht ausgeschlossen, das muss ich jetzt schon dazu sagen. Gerade so Projekte, die in Innsbruck angeboten werden, sind natürlich zum Teil für uns auch offen, aber wir haben auch oft die Wohnungsproblematik.“ (AMS)

Dass Angebote wie Emmaus oder Caravan auch nur in einem spezifischen soziokulturellen Milieu funktionieren, wird mit Bezug auf regional andere Voraussetzungen beispielsweise in Kitzbühel angedeutet:

„Ja, die [Emmaus] haben irgendwie auch ihr Klientel offensichtlich. Das sind oft auch Sachen, die eben mehr Innsbruck-bezogen sind. Das wird jetzt in Kitzbühel wahrscheinlich dann nicht funktionieren, denke ich mir. Das sind ganz andere Leute. Das Caravan gibt es auch nur in Innsbruck natürlich.“ (BIN)

Aus der Wahrnehmung des PSP mit seinem Fachbereich Alkohol ist der ländliche Raum insgesamt absolut unterversorgt. Insbesondere das Beschäftigungsangebot und damit auch Tagesstrukturen fehlen hier noch einmal stärker als in Innsbruck. Eine gemeindenahe Versorgung ist demnach nur im Großraum Innsbruck bis Hall zufriedenstellend gegeben:

„Also grundsätzlich ist der ländliche Bereich absolut unterversorgt, was die Betreuung betrifft. Also es gibt jetzt bei uns immer wieder Leute, die von außerhalb von Innsbruck unsere Reha-Maßnahmen auch besuchen. Aber das ist ein sehr geringer Teil, die da überhaupt bei uns andocken. Und da es ja eh für die Leute einfach oft schwierig ist früh aufzustehen, da fängt es schon an; und dann diese Regelmäßigkeit einzuhalten. Also es bräuchte wirklich eine Gemeindenahe Versorgung eigentlich. Und diese Angebote, die wir jetzt in Innsbruck bzw. da im Raum Innsbruck Hall, wo wir ganz gut versorgt sind, die gibt es jetzt in den Bezirken nicht in der Form. Es gibt wohl den aufsuchenden Dienst vom PSP, der überall ist. Aber viele docken gar nicht an beim PSP, weil es jetzt auch nicht den Alkoholbereich überall gibt. Eher beim Verein BIN, der bin ist ja auch Tirolweit vertreten, eher dass sie dort andocken für die Einzelgespräche und die Gruppen. Aber das Beschäftigungsangebot, das fehlt eindeutig.“ (PSP)

Das Angebot einer abstinenzorientierten Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur gibt es ebenfalls nur in Innsbruck. Vergleichbare Angebote in den Bezirken fehlen.

„Wir haben eine Wohngemeinschaft mit vier Plätzen, die ist absolut abstinenzorientiert, d.h. die Leute kommen da nach dem Entzug oder nach der Entwöhnungstherapie in die Wohngemeinschaft und da ist wirklich ein striktes Alkoholverbot. Wichtig ist da auch die Tagesstruktur. Also jeder hat auch wie beim aufsuchenden Dienst einen Betreuer, mit dem er sich Termine vereinbart und zusätzlich müssen aber alle auch in einer Tagesstruktur sein.“ (PSP)

Beraterseitig wird beim AMS das Fehlen von regionalen Beschäftigungsprojekten für RehabilitandInnen im Suchtbereich beklagt. Erschwerend kommt hinzu, dass bislang fehlende existenzsichernde gesetzliche Regelungen zur Teilarbeitsfähigkeit die Nutzung von Möglichkeiten im ersten Arbeitsmarkt nicht unterstützen.

„Und ich meine, gerade was wir so jetzt als Beschäftigungsprojekt halt haben ist die Beschäftigungsinitiative von der GPG aus. Ansonsten haben wir keine Beschäftigungsprojekte für ehemals Suchtkranke. Und gerade so eine schrittweise Wiedereingliederung ist nicht möglich, weil die Leute nicht überleben können. Es gibt nichts was Leute mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit auffangt.“ (AMS Imst)

8.2. Spezifische Zielgruppe im Fokus: Jugendliche

Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen wird die Frage des Zugangs ins Suchthilfesystem und die „Freiwilligkeit“ dort anzudocken besonders prekär wahrgenommen. Beim AMS verstärkt dies das Gefühl von Hilflosigkeit angesichts eines sich destruktiv entwickelnden Suchtgeschehens, das sozial und beruflich desintegrierend wirkt:

„Aber ich möchte jetzt da auch noch einmal auf die Gruppe der, sagen wir einmal Jugendlichen, kommen, die ihr ganzes Leben noch vor sich haben. Und wo man jetzt sozusagen - die sind jetzt Kunden des AMS, weil sie einen Anspruch haben. Und die Beratung stellt fest, da ist etwas in der Richtung und der Kunde gibt es sogar zu, irgendwelche Substanzen zu konsumieren. Und wenn man dann sagt, ja da gäbe es die und die Einrichtung, wendet sich dorthin und schaut dass der aus diesem Dilemma irgendwo herauskommt. Und das wird nicht gemacht, bewusst nicht gemacht. Dann besteht auch bei uns jetzt keine Möglichkeit irgendetwas zu tun. Dann müssen wir das akzeptieren, also wir können jetzt nicht sagen, wir streichen deshalb die Notstandshilfe, wissen aber genau, wo das hingeht.“ (AMS)

Das Gefühl hilflos und co-abhängig gefangen zu sein, keine Handlungsmöglichkeiten zu haben, weckt Unbehagen:

„Ich bin jetzt der Laie und da mag es vielleicht falsch sein was ich sage, aber es heißt doch auch, dass man manchmal mit dem Aufrechterhalten der Situation so wie ein Co-Abhängiger dann dazu, der braucht nichts ändern der bleibt so. Und da finde ich das einfach dramatisch bei einem Jugendlichen.“ (AMS)

Der Appell, Jugendliche und junge Erwachsene mit Suchtproblematik am AMS noch einmal genauer zu fokussieren, richtet sich auch an die Suchthilfelandschaft. Aus Sicht des AMS wären hier eigene Ansätze zu entwickeln. Der AMS-Zuständige für berufliche Rehabilitation in Tirol merkt in diesem Zusammenhang kritisch an, dass die Diskussion darüber nicht offensiv geführt werde:

„Ich sehe es auch insofern problematisch eben, es sind ja eigentlich die Jugendlichen nie wirklich als eigene Personengruppe in diesem Zusammenhang genannt. Und da stelle ich mir schon die Frage, meinem Verständnis nach sind Jugendliche anders zu behandeln, auch aus medizinischer Sicht, das müssten Fachleute sagen, aber auch psychologisch, Entwicklungspsychologie und die ganzen Geschichten, ist ja ganz etwas anderes, ob der eine verzögerte Entwicklung hat und halt mit 18, 19, 20 auch noch - da denke ich, bräuchte es auch andere Ansätze. Wird aber eigentlich so auch nicht diskutiert, das ist so ein Aspekt, der eigentlich ein bisschen vorne außen ist, aber

für mich jetzt inhaltlich, fachlich wahrscheinlich wert wäre, genauer hinzuschauen.“ (AMS)

Die Wahrnehmung der Problematik, wenn zu bestehenden Schwierigkeiten von Jugendlichen eine Substanzgebrauchsstörung erschwerend hinzukommt, ist am AMS breiter vorhanden, mischt sich aber auch gleich mit einer empfundenen Schwäche an Interventionsmöglichkeiten.

„Es scheint zumindest wahrnehmungsmäßig irgendwie schon spürbar, dass es Jugendliche gibt, gerade in dem Alter, die psychische Auffälligkeiten haben, und wo das dann in Kombination mit Drogen sich in irgendeiner Weise nicht so entwickelt, wie man es haben will. Also das ist sicher eine Gruppe, auf die man hinschauen sollte, unbedingt, und wo es nichts gibt jetzt eigentlich so wirklich.“

Es entsteht das Bild eines „Zwischenraumes“, in den sich diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen hinein bewegen, immer wieder abtauchen, in dem sie nur schwer greifbar sind, gerne zwischen AMS, Sozialhilfe und TGKK hin und her oszillieren.

„Das ist einfach ein Wahrnehmen, wenn du sie über Jahre betreust, dass sie immer wieder kommen, dass sie nie ein Dienstverhältnis länger ausderhalten oder aufrechterhalten, keine Ausbildung machen und irgendwie immer wieder so zurück kommen und auch nicht greifbar sind.“

„Sie sind ja oft schon Schulabbrecher sie haben oft schon nicht einmal einem positiven Schulabschluss, in weiterer Folge dann auch keine Ausbildungsstelle gekriegt. Und wie gesagt, der Berufseinstieg ist zum Teil zumindest in dem Ausmaß erfolgt, dass Sie bei uns einen Anspruch haben. Und da brauchen sie aber mit Unter-25 nur für ein halbes Jahr gearbeitet haben, also da sind die Zeiten sehr gering, die sie berufstätig gewesen sein müssen, dass sie von uns etwas kriegen. Ich meine teilweise haben sie keinen Anspruch, die sind dann über die Sozialhilfe finanziert. Ja natürlich werden sie uns geschickt, dass wir sie in die Stellensuche nehmen, da haben wir ja eine Zusammenarbeit.“ (AMS)

Mit 18 Jahren (bzw. wenn Jugendliche schon in Maßnahmen waren mit 21 Jahren) endet die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe, die bei prekären Verhältnissen eventuell den Kontakt mit Jugendlichen gehalten und eine Verantwortlichkeit entwickelt hatte. Auch in diesem Aspekt stellt sich die Frage der Zuständigkeit und steuernden Verantwortung bzw. der empfundenen Hilflosigkeit:

„Und problematisch ist noch dazu, dass die Jugendwohlfahrt ab 18 ja nicht mehr greift. Also da ist dann auch Ende in der Hinsicht. Das finde ich nämlich auch alles sehr spannend.“ (AMS)

Im Maßnahmebereich des AMS gibt es zwei neuere Angebote: Ausbildungsfit und Jugendcoaching. Diese konzentrieren sich auf die Gruppe der NEETS-Jugendlichen.

„Und seit Jänner 2013 haben wir das Programm Jugendcoaching laufen. Und das ist sowieso völlig offen, die Definition heißt: die Zielgruppe sind Jugendliche, die keine Arbeit, die noch keine Lehrstelle haben bzw. noch nicht wissen, was sie nach der Erfüllung der Schulpflicht tun sollen, und zwar für alle Schulen. (SMS)

Wenn von „herausgefallenen“ Jugendlichen die Rede ist, muss nicht automatisch eine Substanzgebrauchsstörung mit im Spiel sein. Aus Studien¹⁴ geht jedoch hervor, dass diese jungen Menschen anfällig für Substanzgebrauchsstörungen sind. Das kann sowohl die Ursache für schulisches Versagen und Arbeitslosigkeit sein, als auch die Folge. Wichtig ist bei diesen Problemlagen, Ursache und Folge nicht gleichzusetzen.

„Also Ausbildungsfit und Jugendcoaching, die zwei Maßnahmen übers Bundessozialamt. Und gerade Ausbildungsfit ist ja eigentlich eine Vorstufe zu uns jetzt wieder. Weil das sind ja genau die, die bei uns herausfallen. Die eigentlich dann irgendwo sind, aber eben nicht mehr - da heißt es eben - diese NEET, also not employed and educated Jugendliche - und die versucht man halt dann wirklich auch auf der Straße aufzulesen, oder in Einrichtungen. Und die wären natürlich noch vor - also in unserem Vorfeld. Weil die sind bei uns gar nie erschienen oder fallen heraus.“ (AMS)

In Innsbruck wird der Z6-Drogenberatung für suchtgefährdete Jugendliche/junge Erwachsene hier ein besonders gut gelingendes Angebot, das auch eine gute Erreichungsstrategie fährt, attestiert:

„Ich glaube schon, dass jetzt die Jugend-Drogenberatung vom Z6 an sich schon sehr gut bekannt ist und auch sehr - jetzt im Großraum Innsbruck - auch relativ viel abdeckt.“ (Suchtkoordinator)

Im Mittelpunkt steht die Kunst, in guten Kontakt und in Beziehung zu den Jugendlichen zu kommen. Dies ist ein aufwändigerer Prozess, der – anders als in der Erwachsenenberatung bei BIN und Suchtberatung Tirol – sehr viel stärker aufsuchend arbeitet.

„Und da geht es, glaube ich, eher schon auch um In-Beziehung zu dem zu kommen und dann dran zu bleiben. Aber bei Jugend-Drogenberatung heißt es wirklich auch: Mit den Eltern reden, mit Arbeitgebern reden, also ist eine total aufwändige Geschichte. Wenn sie die 300 Leute haben, dann sind sie viel dran bei denen. Nicht wie beim Erwachsenen, der einmal die Woche oder

¹⁴ z.B: Studie zur Unterstützung der arbeitsmarktpolitischen Zielgruppe „NEET“ von ISW, IBE und JKL, 2013, http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/0/9/CH2247/CMS1318326022365/bmask_neet-studie.pdf

*alle 14 Tage in die Beratung kommt. Sondern das ist wirklich aufsuchend.“
(Suchtkoordinator)*

Eine chronisch empfundene Langeweile und in diesem Zusammenhang auch ein Gefühl keine „Berufung“ zu spüren, keinen Verwirklichungspfad erkennen zu können ist bei Jugendlichen dann auch vielfach Motivation für Suchtmittelkonsum:

„Natürlich ist irgendwo zumindest eine psychische Sucht auch da und Geschichten auch da, aber es liegt in erster Linie sagen die Leute, mir ist so langweilig, deshalb konsumiere ich, auch ganz viel aus Langeweile sagen Jugendliche.“ (Z6-Drogenberatung)

Der langjährige Leiter der Z6-Drogenberatung, Hermann Larcher, skizziert den stark erlebnispädagogisch orientierten Ansatz und das intensive „Hinausgehen“ aus der Beratungsstelle. Er regt damit an, aus dem Setting der Einzelberatung verstärkt in Inszenierungen des sozialen Lernens und Erlebens einzutauchen. Dabei wird deutlich, dass es um weit mehr als um den Substanzgebrauch oder –mißbrauch gehen muss, dass – so wie am bereits angesprochenen Aspekt der Langeweile – die tieferen Sinnschichten der KlientInnen angesprochen und in einen Erlebenszusammenhang gebracht werden sollten:

„Ja. Bei 80 % - außer es geht jetzt rein nur ums rechtliche, weil ich mitgehen muss zur Polizei - sonst 80 % bei einer nachhaltigeren Beratung, d.h. Leute die öfter als dreimal kommen, also da geht es fast nie mehr um das Kiffen usw., sondern um diese Sachen, warum sich das Leben auszahlt und wo braucht der Hilfe? Das nutzt ja nichts, wenn ich mit dem etwas rede, aber der hat nicht einmal etwas zum Schlafen. Also da muss ich zuerst einmal schauen Überlebenssachen, Perspektiven auch ein Stück schaffen, aber dann geht es um ganz viel Geschichten. Und vor allem auch um verschiedenste Angebote. Und da sind wir eben so privilegiert, dass wir das Vertrauen der Politik haben und können von unserer Beratungsstelle hinausgehen. Wir haben selber im Haus eine Kletterwand und wir haben einen Bus, wir haben Zelte und und und. Wir fahren halt mit den Leuten nach Italien oder in die Schweiz und in die Berge hinaus. Und das Land hat uns da vertraut und so können wir verschiedenste Ansätze - oder es gibt wieder Leute, die irrsinnig gern Yoga machen, dann holen wir einen Yogalehrer herein und bieten das halt auch an. Und andere Beratungsstellen sind leider so einbetoniert durch ihre Strukturen und die müssen mehr oder weniger Arbeitskleidung tragen, jetzt ein bisschen überspitzt gesagt.“ (Z6-Drogenberatung)

Um hier auch in die regionale Versorgung zu kommen, wäre es aus Sicht des Suchtkoordinators hilfreich, wenn die Beratungsstellen BIN und Suchtberatung Tirol wesentliche Aspekte dieses Ansatzes in der Arbeit und im Zugang für Jugendliche/junge Erwachsene integrieren könnten.

„Aber gut, ich glaube auch, dass man von dem viel lernen kann, wie man bei Jungen, bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen vielleicht noch den einen oder anderen aus der schwierigen Krise heraus begleiten kann, dass es sich nicht verfestigt und dass er nicht abstürzt.“ (Suchtkoordinator)

Dass hier der klassische Beratungsstellenansatz zu kurz greift, wird mit Hinweis auf die Konsumrealitäten nachvollziehbarer. So bemüht sich das Projekt Drugtesting von Basecamp wesentlich auch darum, überhaupt mit DrogenkonsumentInnen in Kontakt zu kommen, die Erreichungsquote zu verbessern:

„Das Dilemma ist, die Menschen zu erreichen. Es geht ja immer nur um den Knackpunkt, wie komme ich in Kontakt mit den Menschen und dass er aber so ist, dass es für das Gegenüber interessant ist, weil nur dann wird der Kontakt weiter gepflegt. Also ich rede ja auch ganz offen mit dem MDA Basecamp, die draußen sind auf diesen Festen und Veranstaltungen in den Bezirken und eben diese Beratung machen. Inzwischen auch dieses Drugtesting als Pilot jetzt, ganz jung und frisch. Und da war ja in unserem Gespräch auch die Überlegung, wie können wir das attraktiv gestalten, dass ich eben die Leute einderkauf, dass sie auch kommen und andocken. Und eben, man muss immer - also es muss einen Wert haben. Weil wenn es nur anstrengend oder lästig oder peinlich ist, das ist ja nicht spannend, das mag keiner. Da geht keiner hin, das tut keiner. Und ich denke mir in diesem Themenbereich, was wir jetzt besprochen haben, mit diesen unterschiedlichen Nährböden in den Bezirken ist eben die Herausforderung diese Links zu finden: Wie kann ich das spannend machen für einen, wo hat der einen Mehrwert draus, dass der in einen Kontakt tritt?“ (Caritas-Drogenarbeit)

Vor dem Hintergrund, dass junge DrogenkonsumentInnen sich selbst eher nicht als krank oder hilfs- bzw. beratungsbedürftig erleben, erscheint es wichtig, den Kontakt nicht über mögliche Defizite sondern sozusagen „auf Augenhöhe“ – im Empowerment-Ansatz zu suchen:

„In dem Bewusstsein, dass eben Krankheitseinsicht nicht da ist, der geht ja nicht Hilfe suchen, meistens machen das eher die Verwandten dann, verzweifelte Eltern oder das Umfeld, die zerren einen irgendwohin dann, aber die betroffene Person selber hat das ja nicht. Und ich denke dass, ich meine ich sehe es im Kleinen - nehme ich wieder dieses Basecamp her mit der Partydrogenberatung - dass du eigentlich die Leute als Experten, dass du sie ermächtigst, ihnen die Kompetenz zusprichst.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Gerade mit Bezug auf den sich entwickelnden research-chemical Bereich wird klar, dass hier nicht nur neue Substanzen, sondern auch das entsprechende jugendkulturelle Umfeld und insofern Szenephänomene verstanden werden müssen, um einen Bezug und Beziehung zu gefährdeten Jugendlichen herstellen zu können:

„Wenn man mit diesen Partydrogen, in dem research-chemical-Bereich wird es nicht abschätzbar, weiß kein Mensch, brandgefährlich. Das ist nicht ein globales Problem ober eine Erscheinung, sondern das ist ein gesellschaftliches Phänomen, das mit Szenen zusammenhängt, mit Jugendkulturbewegungen, also da spielen ja ganz viele Aspekte mit hinein.“ (Caritas-Drogenarbeit)

Aus der Erfahrung der Z6-Drogenarbeit wird der Wunsch vermittelt, dass – in einer erweiterten gesellschaftlichen Perspektive – die Schulen grundlegende Lebenskompetenzen ernsthafter, direkter und konfrontativer thematisieren und vermitteln. Dieser Wunsch korrespondiert mit einer sich tendenziell verstärkenden Entwurzelung in einer globalisierten Welt:

„Was sind also Themen, die junge Leute fürs tägliche Leben auch so brauchen? Wie gehe ich um mit einer Krise, wie gehe ich um in Konflikten, wie gehe ich um mit einer Schwangerschaft, also diese Sachen aber auch wirklich so ein Stück weit viel tiefer angehen, als wie sie es in der Volksschule einmal gehabt haben. Und auch ganz viel dem Thema Wurzeln wieder stellen. Also ich erlebe Jugendliche sehr sehr entwurzelt und nicht nur die Migranten, sondern auch viele andere, weil die große Familie EU ist überhaupt nicht mehr greifbar. Sie brauchen wirklich greifbare Geschichten.“ (Z6-Drogenberatung)

9. Arbeitsmarkt und Beschäftigung

9.1. Erster Arbeitsmarkt

Die Orientierung an der Eingliederung in das Erwerbsleben gehört zum „Kerngeschäft“ von Rehabilitationsleistungen im Suchthilfebereich – so wie es beispielsweise in Deutschland mit LTA, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, nüchtern umrissen wird.¹⁵ Durch die frühe Integration beruflich orientierter Maßnahmen in den medizinischen Rehabilitationsprozess wird idealerweise – mit Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt – der Gedanke der aktiven Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf und damit der Teilhabe aufgegriffen.

In einer Betrachtung der Zugänge zu Arbeit und Beschäftigung lohnt der Blick auf die professionellen Wahrnehmungen der diesbezüglichen Märkte. Neben dem sogenannten ersten Arbeitsmarkt in Form von Stellenangeboten in Betrieben, über Leasingfirmen oder auch gestützt über Fördermaßnahmen in Betrieben ist in den letzten Jahrzehnten in Form der SÖB's ein Angebot von Transitarbeitsplätzen in einem zweiten Segment entstanden. Wobei hier mit „Transit“ zweierlei angedeutet wird: Nämlich die Befristung der Förderungen und auf der anderen Seite die eindeutige Zielperspektive einer Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt.

Die dritte Schiene der Versorgung mit Beschäftigung bieten Projekte an, wie etwa die Talentebörse des PSP, wo Leistungsdruck und Präsenzverpflichtung nochmals gemindert und flexibler gehandhabt werden, mehr der Trainingscharakter und die Entwicklung abstinenzorientierter Strukturstärkung im Vordergrund stehen.

Ein viertes Segment steht schließlich über noch niederschwelligere, akzeptanzorientierte basale Beschäftigungsangebote zur Verfügung, wie etwas das Abrakadabra der Caritas-Drogenhilfe oder das LAMA.

Zurück zum ersten Arbeitsmarkt und dort wahrgenommenen Veränderungen aus der Perspektive der ProfessionistInnen. Die Stimmen aus dem AMS, den SÖB's und den Reha-Einrichtungen, die hier über jahrzehntelange Erfahrung mit Vermittlungs- und Anpassungsleistungen verfügen, sind deutlich und eindeutig:

„Weil der Berufsdruck ist ja stärker geworden und die Leute, die früher bei der Gemeinde oder bei der Bahn oder irgendwo, die haben da existieren können, die fliegen alle hinaus. Das wird radikal. Darum haben wir eben da den zweiten, dritten, vierten Arbeitsmarkt, weil der erste radikalisiert wird, der wird aufgerüstet.“ (BIN)

„Also von daher denke ich, dass sich die Arbeitswelt schon sehr verändert oder verändert hat und es immer weniger Nischen gibt, wo Personen, die

¹⁵ Z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund. (2009). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV-Bund.

eben nicht hundertprozentig leistungsfähig sind oder auch Problematik mitbringen, die auch bleiben - also ich kann ja nicht davon ausgehen, wenn ich die rehabilitiere, dann ist das weg - sondern das sind chronische Verläufe, und für die denke ich, gibt es in diesem ersten Arbeitsmarkt immer weniger Platz. Wir sagen manchmal das ist wie die Suche nach der Stecknadel im Heuhaufen, um da einen Arbeitsplatz zu finden.“ (WAMS)

„Und gerade in der heutigen Zeit, wir erleben das ja immer wieder, es gibt nicht mehr viele Stellenangebote für Hilfstätigkeiten, das ist einfach so. Entweder sind sie körperlich anspruchsvoll oder sie sind in Schichtarbeit oder in Akkordarbeit und das können diese Personen nicht leisten.“ (AMS)

„Wir beschäftigen uns gerade sehr mit dieser Frage des ersten Arbeitsmarktes, weil die Erfahrung ist, dass die Vermittlung für diese Personengruppe immer schwieriger wird. Wir haben jetzt gerade so auf diese letzten zehn Jahre hingeschaut, ich auch mit diesen zwei Mitarbeitern, die in dieser aktiven Arbeitssuche bei uns beschäftigt sind. Das eine was auffällt, dass Tätigkeiten im Hilfsarbeiterbereich, die jetzt wenig Ausbildung haben, dass die zunehmend weniger werden. Und das lässt sich ja auch statistisch belegen, das ist also nicht nur subjektive Erfahrung, das ist einfach so: die Arbeitswelt verändert sich. D.h. Personen mit wenig Qualifikation und nur der Möglichkeit einfache Tätigkeiten zu verrichten, Anlernertätigkeiten, da gibt es einfach de facto weniger Stellen. So, das ist ein Faktum. Das zweite ist, dass es auch für einfache Tätigkeiten, jetzt als Beispiel Reinigungsfirmen oder so, tendenziell die Anforderungen steigen. Also sozusagen die Anforderung, dass ich da überhaupt hineinkomme, die steigen. Da brauche ich auch schon fast einen Lehrabschluss, dass ich da hinein komme. D.h. über das speckt es natürlich auch Personen hinaus. Und das Thema Stress und Druck am Arbeitsmarkt, das ist ein Riesenthema. Es ist kein Wunder, warum psychische Erkrankungen einfach auch steigen und in Lans die Burn-Out-Klinik immer voll ist. Und ich meine das trifft natürlich diese Personengruppe auch.“ (PSP)

Selbst mit den Förderinstrumenten des AMS verschließt sich für SuchtrehabilitandInnen der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt gerne:

„Weil ja teilweise dadurch, dass die Arbeitslosigkeit auch noch zusätzlich hoch ist, oft gefördert wird an Personen, die jetzt nicht so viele Einschränkungen haben. Wenn jetzt jemand über 45 ist zum Beispiel, vielleicht keine Einschränkung hat, dann kann das schon ausschlaggebend genug sein für eine Förderung und dann ist der (Suchtklient) natürlich der Dritte nicht der Zweite.“ (AMS)

„Wir arbeiten schon sehr mit viel Förderungen. Wir haben schon das Instrument der Förderung, wir könnten theoretisch auch geschützte Arbeitsplätze

schaffen, wo wirklich wir zwei Jahre lang zahlen und dann das Land übernimmt. Wir können bis zur Hälfte der Lohnkosten übernehmen, was jetzt nicht so wenig ist für einen Betrieb. Und dann könnte optional die Landesregierung weiter finanzieren, wenn eben eine diagnostizierte Einschränkung da ist, eine dauerhafte. Nur ist es so, dass - ja oft finden wir den Arbeitsplatz nicht, oder wenn sie massive Probleme haben, kommen sie gar nie so weit, dass der bis zum geschützten Arbeitsplatz kommt, dass das ein Dauerdienstverhältnis wird.“ (AMS)

Im kleinräumig regionalen Geschehen wo sich die Führungskräfte kennen, kommt noch ein weiterer Exklusionsfaktor dazu, jener der fehlenden „dritten oder vierten Chance“:

„Und vor allem es kennen sich die Chefleute untereinander sehr sehr gut, der eine ruft den anderen an, trifft sich, die gehen oft zusammen Mittagessen auch jetzt grade in dem Fall. d.h. die haben dann echt geredet, was ist denn da gewesen; die Person hat in seiner Branche keine Stelle mehr gekriegt. Wäre ausgebildet gewesen, hat Berufserfahrung gehabt. Bin ich halt dann wirklich in einem Berufsumfeld, so klein wie halt Reutte einfach ist, habe ich halt oft keine Chance mehr, dass ich dann wirklich noch etwas finde.“ (AMS)

Dass die Bedingungen am ersten Arbeitsmarkt beim Wiedereinstieg und bei quasi bedingungslosem Leistungswillen der RehabilitandInnen gerne überfordern und damit die Versagensdynamik verstärken, bleibt (nicht nur in den unkontrollierten Selbstversuchen vieler Suchtkranke die gar nicht im Suchthilfesystem angedockt haben) zu beachten:

„Und wir haben oft schon erlebt, dass jemand dann sich halt in eine Arbeitsstelle gestürzt hat, weil er halt unbedingt ein Geld verdienen wollte und einfach motiviert war zu arbeiten, dem das aber dann Vollzeit einfach zu viel war. Dann über das negative Erlebnis hat das auch oft wieder zum Alkoholrückfall geführt.“ (PSP)

Von daher bekommt auch die Rehapolitik einer Fokussierung auf den/die einzelnen RehabilitandInnen und deren Anpassung an die Erfordernisse des ersten Arbeitsmarktes Risse, je stärker die Differenz zwischen maximal sinnvoll erbringbarer konstanter Regelleistung der Betroffenen und bestehender Anforderungen wahrgenommen und ernst genommen wird. In diesem Sinn wird eine Doppelbewegung gefordert: Nicht nur RehabilitandInnen sollen sich bewegen und entwickeln, sondern auch der Arbeitsmarkt sollte sich mit seinen Bedingungen auf die Menschen zubewegen:

„Und ich denke es ist so, dass die österreichische oder die europäische Arbeitsmarktpolitik sehr den Fokus hat, die Personen zu verändern. Also das ist sehr ein individualistischer Ansatz im Sinne von coachen, rehabilitieren, anpassen, leistungsfähiger werden etcetera. Und dieser Ansatz, der hat schon etwas: weil natürlich gibt es einen Teil, wo ich Personen befähigen kann, weiter entwickeln kann, coachen kann. Aber ich denke, der Blick müsste sich

endlich einmal verändern und nicht nur schauen, wie kann ich noch mehr in Reha, Reha, Reha investieren, sondern man müsste auf den Arbeitsmarkt schauen und mehr dahin schauen, was kann ich auf diesem Arbeitsmarkt tun, wie muss sich der Arbeitsmarkt verändern, damit die Personen Platz haben und nicht wie müssen sich die Personen verändern, damit Sie zum Arbeitsmarkt passen. Also eigentlich müsste man den Blick ein bisschen umdrehen. Das halte ich für arbeitsmarktpolitisch schon längst notwendig. Und nicht nur ich, sondern da gibt es schon einen breiten Konsens mit der regionalen Geschäftsstelle vom AMS. Die sagen das Gleiche. Die sagen, wir wissen eh, dass ihr die nicht vermitteln könnt's.“ (WAMS)

9.2. Schnittstelle Zweiter Arbeitsmarkt

Die Schnittstelle zwischen zweitem und erstem Arbeitsmarkt weist oft zu wenig Flexibilität auf. Ebenso wie überhaupt die Übergänge, je nach Strukturniveau der RehabilitandInnen (auch aus Richtung der dritten, vierten Beschäftigungsebene), als sehr starr wahrgenommen werden. Die Orientierung an den jeweiligen Maßnahmebedingungen kann sozusagen nicht Maß nehmen an den Erfordernissen einer längerfristigen, individuellen Rehabilitationsplanung.

„Und das Wichtige ist der Übergang. Also der Übergang von eben Abrakadabra zu einem SÖB; oder von einem SÖB zu einem Regelarbeitsmarkt. Dass es da eben vielfach stockt. Da ist zu wenig Fluss da dazwischen: auf und ab und in alle Richtungen; also auch in dem: dritter, zweiter, erster Arbeitsmarkt, wenn man das so will: sowohl in den einzelnen Stufen, als auch zwischen den Stufen gibt es viel zu wenig Hin und Her; also da viel mehr Flexibilität. Das ist momentan aufgrund der Fördermodelle nicht möglich. Oder auch, es ist nicht möglich, in einem SÖB zu bleiben, wenn man zwischendurch eine Therapie machen muss – geht nicht, muss man abbrechen. Und so Sachen, also da bräuchte es viel mehr Flexibilität vom AMS und von den Fördermodellen. Und es bräuchte in der Wirtschaft viel mehr Möglichkeiten sich hinein zu spüren: Praktika und so weiter, oder Probezeiten, ohne dass gleich schon irgendwie etwas verbaut wird oder sonst irgendetwas. Das ist eine Geschichte.“ (Emmaus)

Gleichzeitig ist die horizontale Verschränkbarkeit von Beschäftigungsmaßnahmen nicht im gewünschten Ausmaß gegeben. Bestimmend bleibt der zeitlich eng befristete Einschluss in einer Einzelmaßnahme bei einem Projektträger, womit zu wenig Flexibilität für die Nutzung der Projektlandschaft als Gesamtbehandlungs- und Betreuungsangebot gegeben ist.

Bei Zeitablauf von Maßnahmen entsteht eine intensive Übergangsproblematik. Diese wirkt mit Blick auf den Faktor Betreuungs-/Beziehungskonstanz prekär:

*„Oder so die Nachbetreuung nach diversen Projekten: Also wenn man in einem SÖB drinnen war und erfolgreich vermittelt worden ist, ist es ganz wichtig, dass eine Bezugsperson von vorher noch dabeibleiben kann eine gewisse Zeit. Aber da haben sie alle kein Budget, alle nicht. Bzw. wenn die Zeit abgelaufen ist, weil ja nur ein Jahr maximal möglich ist oder ein halbes – ja, dann sind die halt wieder arbeitsuchend gemeldet, aber da ist dann keiner mehr da. Und das, was in dem halben Jahr oder Jahr passiert ist für die Suchtpatienten, ist zwar für den passiert, aber da bleibt niemand mehr dran, ist abgeschlossen, zack, fertig, nächste Institution ist zuständig. Also da geht so viel verloren, anstatt, dass – was weiß ich – der von Ho&Ruck einfach noch so lange dran bleiben kann, bis er vielleicht wirklich dann einen Job gefunden hat. Da ist die Kontinuität der Beziehung oder, vielleicht auch über Jahre.“
(Emmaus)*

Im AMS werden Bundesländerunterschiede wahrgenommen, wenn beispielsweise in Wien, Ober- oder Niederösterreich tendenziell wieder verstärkt Niederschwelligkeit im Verbund mit längeren Verbleibsdauern in Maßnahmen angestrebt wird. In Tirol steigt der Druck durch das wachsende Potenzial an Personen, die mit den regionalen Förderbedingungen nicht mehr vermittelbar ist:

„Zweiter Arbeitsmarkt ist ganz ein wichtiges Thema aus meiner Sicht. Realität ist die, das sage ich jetzt einmal auch vom AMS her, die Wege ein bisschen unterschiedlich gegangen werden. Also man merkt ganz stark, dass Wien, Oberösterreich, Niederösterreich, die gehen sehr so in die Richtung auch längere Verbleibsdauern oder überhaupt noch zusätzliche niedrigrschwellige Angebote. Es ist auch ein finanzielles Thema, sage ich einfach, wo man einfach Gefälle zwischen Bundesländern merkt. Was aber ganz sicher eine Tatsache ist und das ist ja auch denke ich mir der Druck, den die Einrichtungen da spüren, das ist auch der Druck, den unsere Beraterinnen und Berater spüren, dass einfach die Gruppe, die unter den jetzigen Bedingungen nicht vermittelbar ist, einfach größer wird.“ (AMS)

Kritisch wird vom BBRZ darauf hingewiesen, dass in den SÖBs der Bezug zu Betrieben im ersten Arbeitsmarkt präsenter werden sollte. Damit sollte möglichst vermieden werden, dass sich die Subkultur der „Geschützten Projekte“ negativ auf den Transiterfolg auswirkt und die KlientInnen in der Konfrontation mit den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes dann wieder nach innen knicken:

„Das zweite Thema sozialökonomische Betriebe: wir haben das in der Form natürlich österreichweit auch, was immer wieder vermehrt in Diskussion ist bei uns BBRZ-intern, ist diese doch vermehrte Verknüpfung mit dem ersten Arbeitsmarkt. Also sozialökonomische Betrieb ja oder Arbeitstraining ja, aber doch immer wieder dieser Kontakt mit außen. Oder diese Spirale, also

dieses Netzwerk Wirtschaft im sozialökonomischen Betrieb, damit das nicht so geschützt wird, dass eben sobald eben dieser Schritt nach außen passiert, dass dann wieder die Spirale nach innen folgt. Und gerade bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben wir da die Erfahrung - die zwischen 30 Wochen, bei manchen Maßnahmen bis 15 Monaten bei uns sind - je mehr wir da die Wirtschaft von vorneherein einbinden - und ich meine das nicht rein Praktikum oder so, sondern wirklich tatsächliches dann arbeiten im Betrieb oder mit einzelnen Betrieben - dass die Wahrnehmung von den Einzelnen eine andere wird, als wenn ich jetzt rein in der Werkstatt im geschützten Bereich arbeite.“ (BBRZ)

Aus der Erfahrung der ProfessionistInnen heraus bleibt die Erkenntnis, dass für hunderte oder eher tausende suchtkranke Personen im erwerbsfähigen Alter der erste Arbeitsmarkt in Tirol als Zielperspektive ungeeignet bleibt. Diese Zielperspektive mag trotzdem für viele SuchthilfeklientInnen im sogenannten Reha-Prozess vordergründig da sein. Genau genommen handelt es sich aber eben vielfach nicht um einen Reha-Prozess im Sinne der Wiedereinsetzung in einen früheren Stand der Berufstätigkeit, sondern um ergebnisoffene Rekuperationsprozesse, die nicht starr das Ziel einer Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt verfolgen können und sollen:

„Aber es macht auch einen Druck und es macht auch den Druck für die Person selber, mit 58 Jahren zu wissen okay, sieben Monate habe ich die Zeit und dann soll ich aber am ersten Arbeitsmarkt sein. Das sind die, die dann auch bei uns abrechen. Dadurch denke ich mir vielleicht auch zweiter Arbeitsmarkt, wie immer auch, den Personen diesen Druck wegzunehmen. Und es ist eindeutig: sie wollen ersten Arbeitsmarkt! Das stelle ich bei denen, die bei uns da sind, fast bei allen fest, mit wenigen Ausnahmen.“ (Caravan)

„Und es gibt vermutlich eine Zahl an Personen, bei denen eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich ist, auch wenn ich noch mehr Reha, Reha, Reha mache. Das wird nicht gelingen. Und da denke ich mir bräuchte es schon auch eine Form von einem dauerhaften zweiten Arbeitsmarkt sage ich jetzt einmal, wo diese Personen einfach auch länger beschäftigt bleiben können. Und eben nicht genau das passiert, und auch Tagesstruktur haben. Und da wären so Lohnergänzungsmodelle oder wo es eben die Möglichkeit gibt in Teilpension zu sein und teilarbeitsfähig zu sein, solche Geschichten wären da denke ich sinnvoll. Weil es den Leuten natürlich auch besser geht, wenn sie tätig sind. Und das einfach den positiven Effekt auch auf die Erkrankung, die Suchtproblematik hat.“ (WAMS)

„Es ist auch im ARTIS so: Wir kommen immer wieder drauf auch in unseren Teamsitzungen, es bräuchte teilweise für manche Personen, nicht für alle,

bei weitem nicht, einen Dauerarbeitsplatz wie das ARTIS. Wo die einfach betreut werden, ihre Leistung bringen. [...] Aber die flexiblen Formen, die haben wir überhaupt nicht.“ (AMS)

„Wobei man schon sagen muss, die Klienten, bei denen das Thema wirklich Integration in den ersten Arbeitsmarkt ist, das sind sehr wenige. Ich habe gesagt ich hab es mir angeschaut noch bei welchen, bei wie viel Klienten Integration in den Arbeitsmarkt Thema ist: Und das sind im Moment von diesen 60 Klienten sind es acht Klienten. Da bestehen Aussichten im nächsten Jahr, dass es wieder Richtung Integration in den Arbeitsmarkt geht. Alle anderen sind entweder in I-Pension und einige wenige – ich glaube es waren jetzt 3,4 – die arbeiten, also wo es jetzt nicht um Integration geht, weil die sind schon im Arbeitsprozess. Aber ich war selber überrascht, wie gering der Anteil eigentlich ist, bei denen es wirklich realistischer Weise Thema ist.“ (PSP)

„Denn ich glaube auch, dass es total sinnvoll ist, dauerhafte Arbeitsplätze im zweiten Arbeitsmarkt und auch im dritten Arbeitsmarkt, wo wir uns dazu zählen, zu schaffen. Weil bei uns sind Menschen dabei, die jetzt nicht einmal eine Chance haben bei einem SÖB mitzutun oder auch bei Caravan oder Emmaus mitzutun, weil sie einfach zum Teil langjährig chronisch geschädigt sind. Und trotzdem wollen die etwas tun!“ (Lama)

Insgesamt bestehen – noch einmal verschärft in den peripheren Bezirken – markant wahrgenommene Versorgungsmängel durch, sich gegenüber Sucht abgrenzende, bzw. nur beschränkt oder überhaupt nicht vorhandene Projektangebote bzw. Platzkapazitäten, wie im Unterland:

„Wir haben sogar einmal, also meine Abteilungsleiterin hat das sich einmal angetan in Zusammenarbeit mit Schwaz und Kitzbühel, dass sie erhoben haben, wie viel Personen wir vorgemerkt haben für den zweiten Arbeitsmarkt, die hat das alles zusammengefasst, wo man wirklich sagt, wir bräuchten einen zweiten Arbeitsmarkt. Das hat sie zusammengefasst und an die Landesgeschäftsstelle geschickt, also dass da ein großer Bedarf ist. Also mit dem zweiten Arbeitsmarkt mit den drei Bezirken, das waren sicher um die 200, 250 Leute.“ (AMS)

Ebenso bleibt das Angebot in der Peripherie, beispielsweise im Oberland unter Berücksichtigung von möglichen komorbiditätsbedingten Einschränkungen mager:

„Also es ist ja auch mit den Angeboten vom AMS mit diesem zweiten Arbeitsmarkt, wo wir halt ISSBA haben. Also akut geht es nicht, aber es wäre halt, wenn jemand echt eine Alkoholerkrankung und eine Therapie vielleicht gemacht hat und derzeit trocken ist, dann wäre das sicherlich ein guter Start in die Arbeitswelt. Nur muss man da auch wieder sagen, angenommen eine

Person kann nicht mehr bei ISSBA arbeiten, da sie zum Beispiel nicht mehr schwer heben kann, weil sie Kreuzprobleme hat, dann haben wir halt schon wieder ein Problem, weil dann haben wir eigentlich fast keine weiteren Möglichkeiten für den zweiten Arbeitsmarkt.“ (AMS)

9.3. Fehlende Angebote bzw. Defizite bei Beschäftigung, Wohnen, Nachbetreuung

Dem Studientitel „Förderung der Berufsintegration“ folgend, fällt der Blick zunächst auf das Nicht-Angebot geeigneter Arbeitsplätze im ersten Arbeitsmarkt. Die Sorge und auch konkrete Wahrnehmung, dass sich aktuell gerade in Tirol mit einer steigenden Sockelarbeitslosigkeit die Möglichkeiten im ersten Arbeitsmarkt verschließen, wurde mehrfach angesprochen. Von daher bleiben der Wunsch und die Forderung nach Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten in einem zweiten Arbeitsmarkt nachvollziehbar. Nach dem Motto: mehr, schneller, regional verteilter, formuliert sich dabei der Anspruch der Suchthilfe. Der konsequente Nachsatz in folgendem Statement bezieht sich warnend auf eine sich dann möglicherweise stetig erweiternde, letztlich – bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt – in gewisser Weise auch desintegrativ wirkende Projektlandschaft:

„Was mir mehr Sorge macht ist eigentlich so genau das, was sie jetzt auch als Studientitel haben, diese Beschäftigungsgeschichte, Tagesstrukturen. Ich meine als ich mir ein bisschen überlegt habe, was sie vielleicht fragen könnten, könnte ich einfach sagen: Mehr, schneller und verteilter, regional verteilter. Nur ist es halt so, wenn ich eine Einrichtung schaffe, dann ist die voll und dann kann ich die nächste aufmachen und dann ist sie auch voll.“ (Therapiezentrum Mutters)

So erscheint es in der Gesamtstrategie wichtig, den zunächst fehlenden passenden Angeboten im ersten Arbeitsmarkt nicht allzu vordergründig (und resignativ) die Forderung nach Schaffung von „Ersatzplätzen“ in einem dauerhaft zweiten Arbeitsmarkt entgegen zu setzen. Wesentlich bleibt die nachhaltige Bemühung, diesen ersten Arbeitsmarkt immer wieder anzuregen und für Ausgleichsbedingungen zu sorgen, die es Personen mit Handicap ermöglichen, hier integriert zu bleiben oder sich dort – in einem dynamischen Prozess – wieder einbringen zu können:

„Weil sonst passiert schon [...], dass man halt in dem zweiten Bereich oder für die Übergänge eine große Projektlandschaft etabliert, weil eben die Betriebe immer mehr in die Richtung gehen: wir können nur die Leistungswilligsten haben, weil sonst gehen wir im Konkurrenzkampf unter. [...] Und da muss man schauen, wie man mit allen Maßnahmen zusammen versucht schon in der zweiten Gruppe möglichst viel Bewegung auch hinzubringen, dass die Leute auch wieder Stellen finden im ersten Arbeitsmarkt mit all der

Unterstützung, die sie brauchen, damit da nicht eine zu große Schieflage passiert.“ (Suchtkoordinator)

Möglichst nahe am ersten Arbeitsmarkt dranzubleiben bzw. an diesen heran zu kommen scheint dem Leiter der Z6-Drogenberatung gerade als Perspektive für die Arbeit mit Jugendlichen/jungen Erwachsenen erstrebenswerter als eine sonst befürchtete „Ghettoisierung“ in Projekten:

„Und aber auch dass die Firma da dann Möglichkeiten hat wie bei schwer vermittelbaren Jugendlichen, wenn sie Lehrlinge nehmen, also Steuerbegünstigungen hätten. Das wäre für mich ein viel ein natürlicherer Prozess, wo die Menschen auch wieder Platz finden, als diese Ghettoisierung in Projekten.“ (Z6-Drogenberatung)

Damit Suchtkranke am Ende eines medizinisch-therapeutisch orientierten Reha-Prozesses angepasste Möglichkeiten zur Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt wirklich erfolgreich nutzen können, ist für einen großen Teil eine gute Vorbereitung in Form beruflicher Rehabilitation in differenziert gestaffelten Beschäftigungs- und Trainingsmaßnahmen eines zweiten Arbeitsmarktes notwendig. Nicht nur die Komorbidität bei Suchterkrankungen sondern auch psychisch Erkrankte ohne Suchtkomponente bilden hier das Anspruchspotenzial:

„Das Problem ist wirklich, dass das nicht da ist, was wir bräuchten für unsere Kunden zum Teil. Da rede ich jetzt nicht nur von den Drogenabhängigen oder Alkoholerkrankten, sondern auch von den psychisch Erkrankten ohne Suchterkrankung. Also das ist oft so, dass einfach der Stress und der Druck, mit dem können die Leute nicht umgehen. Und auch die Erwartungshaltung seitens der Firmen zum Teil und dann auch noch daheim angerufen werden und wenn du halt gar nicht mehr abschalten kannst. Nicht nur die Zielgruppe bräuchte mehr Alternativen.“ (AMS)

„Da denke ich auch, dass es irgendetwas bräuchte, noch mehr Plätze wie die IG-Betriebe, die halt einfach auch über das Sozialamt finanziert werden oder wie es das Transform ist. Wir haben zwei Personen, die sind jetzt in den IG-Betrieb eingestiegen, haben massenweise Bewerbungen, hätten keinen Job gehabt, wo ich aber glaube, sie wären Job-ready, aber einfach noch einmal eine Stufe dazwischen, die sie jetzt dann wieder gut aufgefangen haben. D.h. die haben jetzt nicht getrunken, aber es war ganz klar die Tendenz, dass sie in Depressionen hineinfallen.“ (Caravan)

Die dem AMS in etablierter Form breiter zur Verfügung stehende Intervention „Schulungsmaßnahme“ ist hier nur bedingt geeignet, in der Mehrzahl der Fälle sogar fehlindiziert, um dem Anspruch nach haltgebender, tagesstrukturierender Beschäftigung des Klientels zu entsprechen:

„Und das was dann für mich einfach wirklich extrem schwierig ist: dann habe ich es von mir aus vielleicht geschafft, den körperlichen Entzug zu überstehen und dann komme ich wieder zurück ins alte Umfeld und habe nicht wirklich tagesstrukturierende Maßnahmen. Wobei ich aber dann – also ist natürlich auch für unser Klientel dann die Schulungen, dann das ewige therapeutische Wiederkäuen kontraproduktiv. Sondern da geht es dann wirklich darum, sie dann in ein Beschäftigungsprojekt hinein zu tun und nicht in eine Schulungsgeschichte.“ (AMS)

Der Ansatz „Aufsuchend“ zu arbeiten ist im Bereich der Suchthilfe nur schwach entwickelt, wobei gilt, je näher dem ersten Arbeitsmarkt, desto schwächer:

„Aber aufsuchende Betreuung, beispielsweise wer noch in der Arbeit ist, wird aufsuchend begleitet und das System mit betreut, das gibt es überhaupt nicht. Wir dürfen extramural keine einzige Handlung vollziehen. Und die Einrichtungen gehen nicht vors Loch. Die graben sich alle ein hinter ihren verinstitutionalisierten Mauern. Das wäre noch eine interessante Konstruktion. [...] Weswegen für mich schon immer eine Überlegung war, stationäre Rehabilitation abzubauen und ambulant aufsuchend aufzubauen mit dem Geld. Es gibt Länder wo das sehr gut funktioniert. Kanada zum Beispiel, Finnland, Norwegen, die haben ganz gute Zahlen. (Prim. Schmidt)

Aber auch aus Perspektive der Therapieeinrichtung Haus am Seespitz – tendenziell von der Berufsintegrationsperspektive eher im Zulauf zum zweiten Arbeitsmarkt positioniert – bräuchte es die Entwicklung stärker aufsuchender Strukturen. Im Vergleich mit den Betreuungsstrukturen des sozialpsychiatrischen Bereichs erscheint hier ein Defizit in der Suchtarbeit. Dieses Fehlen aufsuchender, nachgehender Strukturen führt zu einem Bruch im Übergang – wie im folgenden Beispiel, wenn der Schritt in verstärkte Wohn-Selbständigkeit ansteht:

„Und danach ist eben eher das Hauptproblem, dass es nicht so nahtlos geht. Wo ich die Vermutung habe, es bräuchte Strukturen, die wesentlich aufsuchender sind. [...] Eben wenn ich es so mit der pro mente vergleiche – also ich war für die Wohngemeinschaften der psychisch kranken Männer zuständig, wir haben über die Wohngemeinschaft über den psychosozialen Dienst dann dieselben Betreuer, die in der Wohngemeinschaft gearbeitet haben, das in das selbstständige Wohnen begleitet. [...] Sie sind davor in der Wohngemeinschaft sehr stabil, dann kommt eine Zeit die sehr sehr wackelig ist, wo Symptome wieder auftreten und wo es ganz gut ist, wenn sie eine Bezugsperson haben, die sie schon kennen. [...] Und das war in meiner Sicht sehr sehr erfolgreich. Das haben wir in der Suchtarbeit so nicht. Da ist so ein bisschen ein break.“ (Haus am Seespitz)

Dass die „Nachbetreuung“ nach Maßnahmen, die erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt geführt haben, ganz allgemein ein tendenziell defizitär organisierter Bereich ist, wird auch vom

AMS wahrgenommen. Dabei spielt die Frage der Finanzierung eine Rolle: Im Fall einer positiv aufgenommenen Beschäftigung fällt das AMS als möglicher Financier weg:

„Vielleicht noch einmal ergänzend: nicht außer Acht müsste man auch sozusagen noch ein bisschen eine Nachbetreuung auch einrichten. Wir reden immer nur vom Vorfeld, aber auch selbst wenn Leute dann auch Maßnahmen auch wirklich ganz gut machen, je nachdem woher sie kommen, wie die Maßnahme ausschaut - braucht es aber dann auch noch mehr oder weniger lang auch noch so ein bisschen eine Begleitung, eine Beobachtung zumindest, punktuell, wie geht es der Person, wo sind denn kritische Faktoren noch. Um auch wirklich eine Nachhaltigkeit im Sinne von einem, langfristig dann auch Erfolg sicherzustellen. Weil das ist ja dann auch so die Frage: wer zahlt denn das dann nachher noch. Weil wenn sie in Arbeit sind, ist das AMS wieder vorne draußen, aber die Gebietskrankenkasse sowieso, natürlich, logisch, weil sie krank ja auch nicht mehr...“ (AMS)

So wichtig eine mobil eingerichtete aufsuchende Begleitung und mittelfristig angelegte Nachbetreuung am ersten Arbeitsmarkt wäre, so unvollkommen erscheinen die bislang entstandenen Ansätze dazu:

„Und das andere ist auch die Nachbetreuung: wir haben auch die Erfahrung gemacht, wenn Leute dann von uns in den ersten Arbeitsmarkt wechseln, es gibt dann Einbrüche, es gibt Krisen. Zuerst hat man die volle Gaudi, dass man einen Job gefunden hat, man hat es geschafft, andere nicht, super, ich bin gut! Aber es braucht nur dann dort einmal eine Krise sein oder der erste Hänger kommen, dass dann diese Stabilität, die man vielleicht in 3, 4 Jahren Emmaus sich erworben hat, dass die auch weiter haltet, da braucht es immer wieder ein bisschen eine Weiterbegleitung. Und das ist sicher in unserem Angebot und überhaupt im System nur bruchstückhaft vorhanden. Das ist, wie gesagt, es sind viele gute Sachen da, aber diese Begleitung dann in den neuen Arbeitsplatz oder am ersten Arbeitsmarkt, die ist sicher sehr bruchstückhaft bis gar nicht vorhanden. Das wäre auch eine wichtige Geschichte.“ (Emmaus)

Das weitgehende Fehlen von haltgebenden, rehabilitativen bzw. rekuperativ ausgerichteten Maßnahmen mit einer längerfristigen, teilweise dauerhaften Perspektive – in einem dritten Segment des Arbeitsmarktes - fällt besonders in der Regionalbetrachtung ins Gewicht:

„Wir brauchen aber auch Strukturen, wo eben keine Arbeit dahinter steht, also sprich so Beschäftigungsinitiativen, wie es zum Beispiel diese Talentebörse ist vom PSP. So etwas bräuchte es eigentlich auch im Oberland und Unterland. Und hier könnten wir es auch verdoppeln. Und dann noch zumin-

dest in Wörgl irgendwie so ein Zentrum machen und in Imst ein Zentrum machen, wo man dann sagen kann okay, da kann man dann regionaler die Menschen versorgen.“ (Therapiezentrum Mutters)

„Das ARTIS ist ja auf ein Jahr konzipiert, das ist schon einmal ein Unterschied, aber eben für die Personengruppe nicht wirklich die erste Anlaufstelle. Und ansonsten haben wir da nichts. Wir haben natürlich Beratungseinrichtungen ich glaube das BIN haben wir und die Anonymen Alkoholiker, Suchtberatung Tirol. Aber das sind ja, die haben mit der Arbeitsvermittlung nichts zu tun im Prinzip. Also das sind Anlaufstellen für unsere Kunden für die gesundheitliche Geschichte, aber da haben wir nicht wirklich etwas am Arbeitsmarkt. Die Innsbrucker haben es vielleicht noch ein bisschen besser sage ich einmal, weil die mehr Einrichtungen haben.“ (AMS)

Das zur Verfügung stehende Platzangebot in akzeptanzbasierten Projekten wie Abrakadabra oder Lama erscheint insgesamt zu knapp, die Reduktion auf den Standort Innsbruck im Substitutions- bzw. Opiatbereich (Abrakadabra) ist nachvollziehbar, beim Lama mit Primärbezug auf Alkohol für Tirol jedenfalls zu eng:

„Und das ist halt alles in Innsbruck, das ist nicht in Reutte oder in Kitzbühel. Ich weiß nicht, das Abrakadabra hat vielleicht 10, 12 Plätze, bei uns sind es halt acht, begrenzt durch diesen Bus, mit dem wir fahren. Also es sind relativ wenig Plätze, natürlich ist die Nachfrage größer. Wir machen für das Lama keine Werbung. Weil jetzt schon können wir nicht alle, die das eigentlich interessieren würde mitnehmen. Es ist ganz schwer für uns auch zu strukturieren, weil einerseits haben wir schon den Anspruch und den Wunsch, dass es eben ein Projekt ist für genau die, die sonst keine Chance mehr haben Und darum wollen wir den Leuten auch nicht sagen, ihr habt jetzt ein Jahr die Chance und dann müsst ihr gehen. D.h. es sind Leute länger dabei. Andererseits besetzen sie die Plätze für die, die auch gerne würden; in dem Zwiespalt stecken wir.“ (Lama)

Grundsätzlich ist das basalste Segment der Beschäftigungsintegration auf einer dritten oder vierten Ebene – dort, wo es zunächst gar nicht mehr um eine berufliche Rehabilitation mit Ziel einer Platzierung im ersten Arbeitsmarkt geht - in der Gesamtarchitektur der Massnahmelandschaft von großer Bedeutung. Hier entsteht immer wieder auffangende Stabilisierung und Strukturgebung. Die Erfahrung, dass Bemühung auf jeglichem Niveau Sinn macht, Perspektive entwickelt, weitere Verelendung verhindert, ist als Grundbedingung für das Gesamtsystem der Suchthilfe entlastend. Damit wird – auch auf der untersten Ebene von Verbindlichkeit und Leistungsfähigkeit – dem desintegrativen Hinausfallen aus Sinn und Struktur entgegengewirkt.

Suchterkrankungen mit all ihren spezifischen Phänomenologien könnten – nicht zuletzt vor dem Hintergrund intensiver Komorbidität mit anderen psychischen Störungen – im integrativen Verbund mit nicht-suchtspezifischen psychiatrischen Grunderkrankungen am Element „Beschäftigung“ stärker zusammenfinden:

„Man muss schauen einfach, wo es sozusagen noch Sinn macht ganz insgesamt, nicht nur fürs Suchtklientel, sondern für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, wie man in dem Element der Beschäftigung sagt: auch nicht Goldenes Kalb, jeder muss auf den ersten Arbeitsmarkt; sondern wo kann man [...] für Menschen, wo das einfach nicht mehr erreichbar ist, trotzdem eine sinnvolle Beschäftigung und Tagesstruktur herbringen? Und da sollten dann auch die Suchtpatienten genauso dabei sein.“ (Suchtkoordinator)

Die richtige Konnotation des „Scheiterns“ in Maßnahmen, der „Abstürze“, wäre also nicht eine korrespondierend anwachsende Aussichts- und Hilflosigkeit, sondern eine jeweils passende Platzierung in einem sozialpsychiatrisch orientierten differenzierten Beschäftigungssystem mit variablen Geschwindigkeiten und angemessenem zeitlichem Spielraum. Dies ist in der bestehenden Angebotslandschaft noch nicht gut entwickelt:

„Und dann gibt es welche, die eben zwei- dreimal immer wieder abgestürzt sind und die jetzt auch schon zum Teil im Abrakadabra, Lama, zum Teil in den sozioökonomischen Projekten sind, wo sie aber auch immer wieder rausfallen, weil sie dann auch wieder zu wenig Struktur haben. Und da finde ich ist schon noch gut zum Hinschauen, wie wir für die Zielgruppe, wo eben auch der erste Arbeitsmarkt vielleicht nicht mehr erreichbar ist, dass wir so etwas wie es im sozialpsychiatrischen Bereich Mitterweg¹⁶ oder so gibt. Und wo man da noch schaut, wie man die entweder da noch mehr integriert, weil die Trägerorganisationen sagen, nein, Sucht ist für uns nicht das Problem, wenn er die Struktur schafft, dann nehmen wir ihn auch. Wie man da etwas verändert, was ich jetzt einmal fast besser finde. [...] Wie man da vielleicht noch ein Element mit hat, wo man Leute noch aufbauen kann und noch langsamer begleiten kann, dass sie irgendwann die Stabilität erreichen, dass sie dann auch im Artis oder im Wams oder im Ho&Ruck ihre Geschichte gut machen.“ (Suchtkoordinator)

Mit Fokus auf das Fehlende in der Förderung der Integration Suchtkranker im dritten oder vierten Segment der Beschäftigung könnte das Leitmotiv gelten: zuerst Struktur, dann Coaching.

„Und ähnliches gilt dann für chronifizierte Suchtabhängige, das ist auch eine Frage: Ist es gescheiter zu sagen, wir haben einen Coach, der ganz individuell den begleitet und, was weiß ich, 10 bis 15 Stunden in der Woche Zeit hat um

¹⁶ Beschäftigungsinitiative der pro mente tirol

mit dem alle möglichen Sachen zu tun. Oder ist es besser etwas anzubieten, wo sie fünfmal in der Woche grundsätzlich einfach sein können, und wenn sie auch nur zweimal kommen, dann sind sie dort. Aber es gibt sozusagen jeden Tag etwas. Eher tendiere ich zu dem mit der Tagesstruktur, dass es fix etwas gibt und sie müssen einfach da sein und wenn sie es einmal nicht schaffen, fliegen sie nicht sofort hinaus, als wie wieder so eine zusätzliche Coachinggeschichte, wie wir sie eh schon so viele haben und die noch einmal individuell.“ (Suchtkoordinator)

Die Suchthilfe verweist auf eine Prioritätenhierarchie in der Bearbeitungskette von Problematiken. Dabei steht die Beruhigung des sozialen Umfelds, und dort vor allem die Klärung der Wohnverhältnisse, ganz oben. Die äußere Sicherheit und der Schutz vor realen Bedrohungen müssen Vorrang haben. Insgesamt scheint bei der Sicherung des Wohnens eine erhebliche Schwierigkeit im Bereich der Suchthilfe gegeben. Es fehlen Wohngemeinschaften und Übergangswohnungen. Über die Wohngemeinschaft des PSP begrenzt sich das Gesamtangebot im Zentralraum Innsbruck beispielsweise auf vier Männer:

„Was ein großes Problem ist im Suchtbereich ist Wohnen, riesengroß. Bei uns ist eine Bedingung, dass sie einsteigen können, wo ich sage zumindest nach der Entwöhnungstherapie muss jemand einen ordentlichen Wohnsitz haben, ohne das geht es eh nicht. Ich habe Anfragen, ich kann keine Wohnungen stellen. Ich meine da vermitteln wir halt zum DOWAS auch oder BARWO, aber die stehen eigentlich auch an. Und ich denke was es vielleicht bräuchte sind auch Wohngemeinschaften, wo man auch kurz, wo man entweder sagt, Übergangswohnungen, einfach Möglichkeiten, die ganz klar aber abstinenzorientiert sind für Personen wie bei uns. Braucht es vielleicht im niedrighwelligen Bereich genauso, aber ich rede jetzt einfach gerade von uns.“ (Caravan)

In der Notschlafstelle „Mentvilla“, auf akzeptanzbasierter Ebene, treffen nicht nur chronisch „Wohnverlustige“ Menschen mit einer Suchterkrankung zusammen. Immer wieder bleibt dieses Angebot die letzte Möglichkeit für ein Akut-Klientel, das eigentlich Wohnhilfe ohne die dortige Substanz- und Szeneexposition bräuchte:

„Ja ich meine in der Mentvilla kommen sie gehäuft vor, aber auch zwischendurch finden noch Menschen Unterkunft in der Mentvilla, die durchaus auch halbwegs - das ist einfach eine Notschlafstelle und natürlich treffen sich vor allem die Leute, die chronisch ein Problem haben. Aber es gibt auch immer wieder Leute, die aus sonstigen unglücklichen Umständen irgendwie plötzlich obdachlos sind und die halt dann auch kurzfristig bei der Mentvilla - wobei das dann natürlich eine schlechte Umgebung ist, und da gehen sie auch nicht gerne hin, aber bevor sie halt auf der Straße sind, ist halt doch das dann

gescheiter. Da bräuchte es auch eine differenziertere Möglichkeit in der Unterstützung und Hilfe für die Leute.“ (Caritas-Drogenberatung)

9.4. Flexibilitätsprobleme

Mit Bezug auf das Projekt „Werkbank“, eine der wenigen Möglichkeiten im Unterland für Beschäftigung in einem SÖB, wird der Mangel in der zeitlichen Flexibilität von Maßnahmen beklagt. Damit kann berufliche Integration nach einem längeren Reha-Verlauf bei Suchtkranken aus Sicht der Reha-Beratung im AMS nicht wirklich umgesetzt werden:

„Weil mit drei Monaten kannst Du da nichts bewirken. Wir haben früher die Werkbank für ein Jahr gehabt und das war wesentlich aussichtsreicher das Ganze. Also da haben sich teilweise auch Folgearbeitsplätze ergeben. In den drei Monaten, das ist für die Einrichtung eigentlich auch eine Katastrophe. Kaum ist jemand eingeschult, ist er wieder weg. Und die Zeit die was da drauf geht nur mit administrieren, neu einstellen und weg - auch mit der Vermittlungsquote ist das dann nicht weit her. [...] Also da richtest du überhaupt nichts aus, das ist selbst bei einem recht Gesunden aber halt länger arbeitslosen Menschen so eine ganz eine kurze Zeit der Eingliederungsmöglichkeit. Bei einem Suchterkrankten ist das einfach viel zu wenig. Und da ist auch nichts Begleitendes dabei.“ (AMS)

Mangelnde Flexibilität betrifft neben zu knapp bemessenen Verweildauern in Projekten die Durchlässigkeit zwischen Projekten, die auf gleicher Ebene, aber mit unterschiedlichen Schwerpunkten arbeiten. Da sich oft erst im Verlauf einer Maßnahme individuelle Bedarfe herauskristallisieren, erscheint die administrativ-vertraglich bedingte Fixierung in einer Maßnahme und damit die fehlende Nutzung von Binnenwanderung zwischen Projekten und Maßnahmen sachlich zwar verständlich aber gleichzeitig inhaltlich und effizienzbezogen unökonomisch:

„Ich fände es sicher sinnvoll den zweiten Arbeitsmarkt flexibler zu gestalten, dass sich Einrichtung gegenseitig auch Leute schicken können, weil sie wissen ihr habt den Schwerpunkt wir haben den Schwerpunkt, wir haben bei dem Klienten eine Erfahrung gemacht, da wäre super, wenn er bei euch noch eine Zeit lang sein könnte. Und wenn [...] einfach auch die Zeiten flexibler gehandhabt werden. Wäre sicher für die einzelnen von Vorteil und langfristig gesehen.“ (Emmaus)

Am Beispiel des fehlenden Teilkrankenstandes wurde die grundsätzlich starre Leistungsbarriere beim Versuch einer beruflichen Wiedereingliederung bereits diskutiert. Das Fehlen arbeitszeitbezogen dynamischer Wiedereingliederungsszenarien mit langsam ansteigenden Arbeitszeitverpflichtungen – auch bei den SÖBs auf der Ebene des zweiten Arbeitsmarktes – lässt Berufsintegration oft gar nicht erst zu.

„Und das andere ist so etwas wie ein Stufenplan: Wenn die Leute oft einsteigen ist es ihnen zu hochschwellig, zu anstrengend auch von der Stundenanzahl, das sind dann 20-30 schon zu Beginn, wenn wir jetzt von den Sozialökonomischen Betrieben reden. Und da wäre, glaube ich, wichtig so einen Stufenplan zu erarbeiten.“ (Suchtberatung Tirol)

Um die Berufsintegration am ersten Arbeitsmarkt entschieden zu fördern, benötigt es ein berufliches Wiedereingliederungsmanagement, das nicht nur einen zeitlichen Stufenplan vorsieht. Mit organisationsanalytisch hinterlegter Kreativität muss jeweils im Einzelfall über einen stundenmäßig reduzierten Arbeitsplatz hinaus Platz für die flexible Einbettung dieses Arbeitsplatzes in die Betriebsabläufe geschaffen werden. Folgendes Beispiel illustriert mögliche Anforderungen in der Praxis:

„Wenn ich es heute in der Früh nicht schaffe, dann mache ich die Arbeit am Nachmittag, einfach ein zeitflexibles Modell. Das geht aber nicht, weil das Telefon muss von acht bis achtzehn Uhr besetzt sein...“ (AMS)

Im Blick flexibel über die Grenze der Suchtproblematik hinaus zu schauen, das Umfeld breiter wahrzunehmen und Suchtrehabilitation insgesamt stärker als Querschnittsmaterie zu begreifen, erscheint ebenfalls als wichtige Anregung:

„Da glaube ich ist es gut, wenn ich über die enge Grenze Suchtproblematik hinausschauen und schon ein bisschen schauen, was tut sich überhaupt in dem sozialpsychiatrischen Teil. Und was tut sich in dem schon auch Mindestsicherungsteilhabebereich.“ (Suchtkoordinator)

Insofern bleibt die Verflüssigung der oft starren Abgrenzung von Politiksphären (z.B. Gesundheit, Soziales, Beschäftigung) im Feld der Suchthilfe eine notwendige Entwicklungsaufgabe:

„Flexibilisierung zwischen den Systemen wäre sicher ganz etwas Wichtiges bezogen auch auf die Zielgruppe. Und da denke ich bräuchte es etwas Neues, auch in Tirol.“ (WAMS)

Flexibilitätsprobleme bei den interinstitutionellen Übergängen wurden schon mehrfach beleuchtet. Die Schwierigkeiten verstärken sich dabei besonders, wenn es in höhere Strukturen bzw. Strukturniveaus geht, also dann, wenn Rehabilitation an der Stelle der Jobintegration ankommt. Dabei spielen auch administrative Regulative eine Rolle, die gefährliche Leerinteralle provoziert. So können etwa aus dem Status „Reha“ heraus keine Vorbuchungen beim AMS für nachfolgend geplante Beschäftigungsepisoden am ersten oder zweiten Arbeitsmarkt gemacht werden:

„Schwieriger wird es dann, wenn es in höhere Strukturen geht: zum Beispiel Artis oder überhaupt in den ersten Arbeitsmarkt. Da gibt es nämlich solange die Leute in Reha sind, kann ich sie nicht beim AMS anmelden, das AMS ist nicht zuständig. Das ist etwas, was schwierig ist, weil dann automatisch ein

größerer Zwischenraum entsteht, genau in einer Phase, wo man relativ verletzlich ist. Da hört unser Angebot im Normalfall auf und das andere greift noch nicht so schnell, weil da ist dann immer die Frage: gibt es da einen Termin, wann kann ich da einsteigen? Und da können dann schon, wenn es jetzt zum Beispiel ins Artis geht, können da ziemliche Wartezeiten entstehen.“ (Haus am Seespitz)

Die Tücke der Abgrenzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation oder beruflichen Integrationsbemühungen kennt Prim. Schmidt auch aus Deutschland – mit den sich selbst verstärkenden Drehtüreffekten für RehabilitandInnen:

„Das ist nämlich der Gag mit Rehabilitation - das ist ja sozusagen der Oberbegriff - aber ich weiß nicht wie das in Österreich ist: Wenn ich erst wieder einen eigenen Antrag stellen muss, wenn jemand medizinisch so weit rehabilitiert ist, dass wir jetzt einen Versuch machen können, der aber dann aus der Maßnahme raus fällt, die andere noch nicht gilt, dann dreht sich das im Kreis. Da ist ganz viel gescheitert.“ (Prim. Schmidt)

Wo es im Übergang noch etwas leichter gelingt, von stationären zu ambulant (weiter begleitenden) Strukturen überzuleiten, bleibt die anzustrebende Nahtlosigkeit im Übergang in den tagesstrukturierend-beschäftigenden Bereich grundsätzlich wesentlich problematischer:

„Und in manchen Fällen gelingt das, sie ganz gut in diese ambulanten Strukturen überzuleiten zum Beispiel Suchtberatung oder jetzt im Alkoholbereich zum BIN oder auch beim Therapeuten anzudocken. Das funktioniert dann eigentlich auch besser. Aber was dann immer noch bleibt, ist das Einsteigen in eine sinnvolle Tagesstruktur. Da gibt es halt diese Wartezeiten, die nicht ganz einfach sind.“ (Haus am Seespitz)

Die Vielfältigkeit der Suchthilfe- und GBB-Landschaft weist in jedem einzelnen Projekt ein hohes Maß an Kreativität und im Alltag gelebter Flexibilität auf. Beim Versuch einer Vernetzung zu einem hoch-integrativen Angebotsverbund bestehen jedoch noch – in dieser Studie multiperspektivisch beleuchtet – erhebliche normative, administrative und auch institutionslogische bzw. ideologische Klippen:

„Ich finde die Suchtlandschaft in Tirol, also es gibt viele Bemühungen, ganz viele kreative Ansätze und Bemühungen, Institutionen, die sich weiter entwickeln, die etwas Innovatives anbieten. Für mich ist so dieses große Thema das Thema der Vernetzung oder wie geht das zusammen? Diese Nachhaltigkeit finde ich, ist oft nicht gegeben. [...] Der Suchtbereich ist ja auch irgendwie gekennzeichnet von ganz verschiedenen Haltungen, Ideologien. Das haben Sie sicher auch schon mitbekommen. Das war für mich fremd wie ich da eingestiegen bin.“ (Suchtberatung Tirol)

Flexibilität im Angebot kann, KlientInnenbezogen gedacht, auch Hochverfügbarkeit bedeuten. Am Beispiel der Rückfallarbeit, mit Bezug auf eine mögliche verstärkte Casemanagementfunktion der Beratungsstellen, schränkt Prim. Schmidt dieses Ansinnen – etwas genervt – ein:

„Kurzfristige Intervention bei Rückfallarbeit: Wir machen das schon, ich weiß nicht genau, wie weit BIN da geht. Ich merke nur, wenn ich dann versuche da jemanden ans Telefon zu kriegen, dann tue ich mir schon richtig hart, dann habe ich schon die Schnauze voll. Wenn das einer macht, wenn er ein Problem hat, dann lassen sie es halt.“ (Prim. Schmidt)

Wo SuchtklientInnen sich erfolgreich Richtung SÖBs entwickelt haben, den Sprung in den ersten Arbeitsmarkt aber nicht fristgerecht nach einem Jahr schafften, müssen sie feststellen, dass der ambitionierte Pfad vom Strukturniveau her wieder retour führt Richtung tagesstrukturierender Beschäftigungsinitiativen.

„Also ich meine, nach diesem Jahr ist wieder die Arbeitslosigkeit. Und das ist zum Teil wirklich eine schlimme Perspektive. Weil die Personen dann ein Jahr lang bei uns erlebt haben, sie können etwas, ihr Leben verbessert sich, sie können auch arbeiten, sie sind Teil dieser Gesellschaft. Und ich meine, Arbeit hat in unserer Gesellschaft einfach einen wichtigen Stellenwert. Und dann ist es einfach so, dass nach diesen zwölf Monaten fertig ist. [...] Was manchmal stattfindet, ist, [...] so ein Anbahnen von anderen tagesstrukturierenden Einrichtungen. [...] Aber Beschäftigung ist im Grunde dann nicht mehr da und die Leute sind arbeitslos.“ (WAMS)

Von daher wird auch von der Suchtberatung Tirol Flexibilität hinsichtlich des knappen Ablaufdatums bei den SÖBs gewünscht:

„Also was mir auffällt, übergreifend in allen Bezirken, ist so der Wunsch nach einem Angebot, das kein Ablaufdatum hat. Es gibt wohl sozialökonomische Betriebe, aber wo dann nach einem Jahr spätestens irgendwie ist dann die Situation wieder so, dass der oder die am Arbeitsmarkt dann doch nicht so bestehen kann.“ (Suchtberatung Tirol)

Last but not least wären unter dem Stichwort „Flexibilitätsprobleme“ noch die Behandlungssettings mitzudenken, die sich nicht nur um suchtmmedizinische Grundsatzpositionen drehen, sondern Einfluss auf die Beschäftigungs- und Belastungsfähigkeit haben können.

Die Ermunterung zu mehr fachlicher Flexibilität beim Einsatz oder Wechsel von Behandlungssettings beschließt die Diskussion wahrgenommener Starrheiten nach dem Motto: „Wer braucht was? Die passende Person fürs jeweilige Setting!“ Gleichzeitig wird hier eine suchtmmedizinische Diskussion angezogen, die in Tirol auch noch weiter zu führen sein wird:

„Und ein Drittes ist sicher auch nochmal die Diskussion anzuziehen über die Aversivbehandlung. Die Frau Ehrenreich aus Göttingen hat ja diese ALITA-Studien, die hatte so viel in ihrer suchtmmedizinischen Abteilung zu tun, dass

sie gesagt hat, ich schaffe das nicht mehr, ich behandle Schwerstabhängige in der Ambulanz mit Antabus. Das hat sie zunächst heimlich getan, weil das ja ziemlich obsolet ist. Und da kamen sehr gute Ergebnisse raus, Haltequoten, Erreichungsquoten, Abstinenzquoten, war richtig gut. Und dann hat sie das veröffentlicht. Und auf einem Kongress hat man ihr vorgehalten, dass die Zahlen nicht stimmen könnten. Vor allem: ich glaube die hatte eine berufliche Wiedereingliederungsquote nach den Kölner Definitionskriterien chronisch mehrfach geschädigter Alkoholiker, ich glaube von 34 %, ohne dass die jemand gefördert hat. Nur dadurch, dass die nicht mehr getrunken haben, haben die sich Arbeit gesucht und geschafft. Und dann hat die das wiederholt und hat exakt dieselben Zahlen rausgekriegt und hat die nochmal vorgetragen. Das ist der einzige Kongress, wo zu Recht die Leute aufgestanden sind und applaudierten. Eine Nicht-Suchtmedizinerin bringt ein sensationelles Ergebnis und verifiziert ihre eigenen Zahlen. Das fand ich gut. Das hat eine ziemliche Bewegung gebracht bei einigen Suchtmedizinern und hat uns dann auch veranlasst, wieder mit Antabus zu arbeiten als echte Abstinenzstrategie. Das war vom Markt praktisch, das war out, weil es da Todesfälle gegeben hat in den sechziger und siebziger Jahren und die Edeltherapeuten sagten: nein, nein, da bist du ja immer noch oral. Und wir haben das dann so ein bisschen übernommen und das mache ich auch hier weiter. Ich habe hier Antabuspatienten, im Schnitt so zwischen fünf und zehn, gezielt schon unter dem Gedanken Rehabilitationsbedingungen, Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen ohne Rehabilitation irgendwo. Wo dann genau genommen die Zahlen auch nicht gut sind. Allerdings ist das viel medizinischer Aufwand, damit einem keine Komplikation - wie sagt man? - durch die Lappen geht. Da muss man ganz nah dran sein, Leute einbestellen, Laborkontrollen machen, zurückrufen, sagen: wo bleiben Sie, was ist los? Und wenn man flächendeckend arbeiten will oder regional arbeiten will, ist das sicher ein Setting, das ist überhaupt keine Frage. Einfach, pragmatisch, bringt gute Zahlen, viele wollen keine Psychotherapie, viele wollen auch keine stationäre Rehabilitation.

Mutters oder B4 stehen dazu eher skeptisch. Also ich denke man muss pragmatisch bleiben und alles was etwas taugt möglichst individuell indizieren. Das scheint mir irgendwie ein ganz wesentlicher Ansatz! Wer braucht was? Die passende Person fürs jeweilige Setting! Das ist manchmal ein Prozess, muss man hin und her wechseln können. Und es ist einfach eins mehr als das Gejammer nach fehlenden Institutionen.“ (Prim. Schmidt)

10. Zusammenfassung

Die besondere Lage Tirols an der Nord-Süd-Schnittstelle forcierte die aktive Entwicklung der Suchthilfe in den 80er Jahren. Bei der Einführung des Methadon-Substitutionsprogramm wirkte Tirol als Pionier in Österreich. Mit dem ersten Drogenkonzept des Landes Tirol von 1993 wurde der Versuch einer Systematisierung der Angebotsentwicklung unternommen. Primäres Ziel war damals, die Breite der unterschiedlichen Hilfs- und Behandlungsangebote – orientiert am Vorbild der Schweiz – in einen systematischen Stufenplan zu bringen. Damit war die Betonung einer vertikalen, aufbauenden Struktur gegeben, die von der akzeptanzbasierten Niederschwelligkeit bis zur nachhaltigen Abstinenzorientierung eine Entwicklungslinie für KlientInnen entwarf. Gleichzeitig ergab sich ein vordringliches Ziel, im damals stark expandierenden Bereich der illegalen Drogen eine kompetente, niedrigschwellige Drogenarbeit institutionell zu verankern.

Die Wahrung der beruflichen Integration für das Drittel bereits bzw. noch am Arbeitsmarkt integrierter SubstitutionsklientInnen spielte am Beginn der Substitution in Tirol eine bedeutende Rolle, indem versucht wurde, die Kontrollmechanismen und die Compliancefrage mutig so zu regeln, dass die Betroffenen beim Erhalt des Arbeitsplatzes unterstützt wurden. Im Abgleich mit der Schweiz und Holland, zwei Ländern in denen damals die Verschränkung von therapeutischer Suchtarbeit und Arbeitsprojekten schon wesentlich stärker entwickelt war, wurde deutlich, dass Arbeit und Berufsintegration in Österreich mit dem defizitären Blick auf KlientInnen im Substitutionsprogramm unvereinbar schien; nicht zuletzt die generelle Infragestellung der Fahrtauglichkeit unterstrich die starken Vorbehalte. Konsequenz war damals u.a. eine initiative Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer, um hier ein professionelles Verständnis für die Möglichkeiten der beruflichen Integration – gerade für gut eingestellte SubstitutionsklientInnen – zu schaffen.

Die Auseinandersetzung in der Gestaltung der Bandbreite zwischen harm-reduction als primärer Überlebensstrategie und abstinenzorientierter Rehabilitation dauert bis heute an. Insbesondere die Diskussion um den sogenannten „Beigebrauch“, der „Normalität“ mit Blick auf berufliche Integration begrenzt, bestimmt auch heute noch den suchtmmedizinischen Diskurs nicht unwesentlich.

Die extramurale Versorgung rund um das Thema „Alkohol“ verstärkt sich in den 90er Jahren in Tirol wesentlich durch die flächendeckende Ausbreitung des Versorgungsvereins „BIN Beratung-Information-Nachsorge“. Anzumerken bleibt, dass der Verein BIN – aber auch die anderen Beratungsstellen – sich nicht nur als zentrale *Beratungsanlaufstelle* anbietet, sondern im Laufe der Jahre auch zu einer *Behandlungseinrichtung* geworden ist, in der Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie, Angehörigenarbeit und Nachsorge durchgeführt werden.

Dass die Leitsubstanz über eine Zuordnung in die entsprechende Behandlungsstruktur entscheidet – nämlich entweder Alkohol oder illegale Drogen – wird angesichts der wahrgenommenen Polytoxikomanie vieler KlientInnen zunehmend problematisiert. Die intensive Komorbidität bei Suchterkrankungen und allgemein die Behandlungskomplexität seelischer Störungen stehen dabei der universellen Eindeutigkeit einer Behandlungskette für Suchterkrankte im Weg. Das 2012 fertig gestellte neue Tiroler Suchtkonzept bietet hier zwar Datengrundlagen, bedarf aber aus Sicht des Suchtkoordinators noch einer konsistenteren Zusammenführung in Ziele und Grundsätze mit dem Ideal von Behandlungspfaden.

Das Fehlen einer übergeordneten, Institutionenübergreifenden Fallführung und Steuerung erscheint als besonderes Handicap auf dem Weg zu einem integrierten Behandlungs- bzw. Rehabilitationspfad Suchtkranker in Tirol. Wesentliches Ziel hinter einem konsequent zu realisierenden Casemanagementansatz bleibt dabei die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kontinuität – zentrale Variable in einer vielfach von Beziehungsbrüchen gezeichneten Suchtchronologie. Zu lösen wären dafür neben der KlientInnen-Compliance Fragen des Datenschutzes, da sich in einem durchgängigen Casemanagement ein multiinstitutionelles Geschehen mit Vereinen, Behörden, Gebietskörperschaften integrativ bündeln müsste.

Kritisch zu sehen ist, dass Kooperationsnetze im Bereich der Suchthilfelandchaft in den letzten Jahren erst ansatzweise entstanden sind und das Angebotssystem oft weit davon entfernt ist, über jeweilige Einzelmaßnahmen hinausreichende integrierte Kooperationsbeziehungen zu verfügen. Casemanagement als methodischer Ansatz hieße zudem, wesentlich die Verantwortung für die Aufrechterhaltung des Rehabilitationsprozess zu übernehmen, was im Feld der Suchthilfe massive Anforderungen an die Kontinuität in der Erreichbarkeit stellt. Zu überprüfen wäre, inwieweit die Beratungsstellen (BIN, Suchthilfe Tirol, Drogenberatung Z6) diese forcierte Erreichbarkeit entwickeln könnten, wenn sie verstärkt in Casemanagementfunktion gebracht werden.

Auch nach dreißig Jahren sich intensivierender Suchtarbeit und begleitender Öffentlichkeitsarbeit erscheinen das gesellschaftlich etablierte Missverständnis zur Chronizität von Suchterkrankungen, die Angst vor Stigmatisierung und die gelebten Co-Abhängigkeiten in Tirol aber nach wie vor weit verbreitet. Die Intensivierung der Angehörigenarbeit erscheint dabei als lohnende, konsequent weiter auszubauende Strategie.

Im Bereich der Abstinenzorientierung hat sich in den letzten zwanzig Jahren ein tragfähiges, gut funktionierendes Angebot entwickelt, das nicht zuletzt über die Beratungseinrichtungen eine Flächendeckung erreicht hat, die es vor zwanzig Jahren noch nicht gegeben hat.

Gegenüber der Pionierzeit hat sich Einiges geändert, auch was die differenzierte Vorgangsweise bei den Behandlungszielen anlangt: Nicht die vollständige Abstinenz als einzig anerkanntes Ziel, sondern das verstärkte Arbeiten mit Teilzielen über wesentlich längere Rehabilitationszeiträume brachte hier entscheidende Verbesserungen und reduzierte die Rückfallintensität bzw. Therapieabbrüche.

Aus dem niederschweligen Ansatz mit Beschäftigung entstand die Erkenntnis, dass es für das vielschichtige Suchtklientel auch ein sachlich differenziertes Angebot zur Förderung braucht. Gerade bei stark suchtgeschädigten Personen wirkt das Moment „Arbeit“ verbindend, schafft eine Brücke, nicht unbedingt aus der Sucht heraus, aber zu lebendigen eigenen Anteilen. In diesem Verständnis entwickelte sich hier für chronisch Suchtkranke in den 2000er-Jahre ein Zugang, der über das selbstwertsteigernde gemeinsame Tätigsein eine wichtige Ergänzung bzw. auch Alternative zu einem klassischen Beratungs- oder Coachingsetting bietet.

Im niederschweligen Bereich der akzeptanzorientierten Einrichtungen entstand im Experimentieren mit den Bedingungen und Bestimmungen in den letzten 15 Jahren insgesamt eine wertvolle Expertise im Umgang mit heiklen Fragen zur Arbeitsfähigkeit, Arbeitswilligkeit und was die Freiwilligkeit im Setting eines trotzdem verbindlichen Umgangs anlangt.

Die Niederschwelligkeit im Zugang zu „Beschäftigung“ forciert die Integration von Suchtkranken, die aufgrund der aktuellen Beeinträchtigungen zu weit weg vom Bedingungsgefüge von Maßnahmen und Projekten im zweiten Arbeitsmarkt sind und die dort geforderte Verbindlichkeit nicht aufbringen können und wollen. Jenseits der direkten Förderung für den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt bleibt es sinnvoll, die basalen Voraussetzungen zu schaffen, um Verelendung einzubremsen und immer wieder einen ersten Schritt Richtung Arbeit und Beschäftigung anzubieten.

Bei allen Angeboten, die es auf den unterschiedlichen Ebenen zwischen Abstinenz- und Akzeptanzorientierung gibt, bleibt eine große Lücke, die sich bislang nicht schließen ließ, nämlich jene Personen, die keine entsprechende Problemwahrnehmung bzw. –einsicht entwickelt haben, im fortgeschrittenen Alter im Erwerbsleben stehen und chronisch Suchtmittel – insbesondere Alkohol – konsumieren. Hier zeichnet sich ein bedeutendes, bislang unerreichtes Potenzial ab, mit dem konsequenterweise über aufsuchende betriebliche Suchtarbeit in Kontakt zu kommen wäre.

Paradigmatisch für die Selbstwahrnehmung von Personen mit einer Alkoholgebrauchsstörung ist die zunächst oft stark geminderte Einsicht in die Schwere und Tiefe der Störung, selbst nach bereits erfolgtem Andocken in Suchthilfeeinrichtungen. In diesem Zusammenhang wird klar, dass das bislang unerreichte – von der Größenordnung her für die Frage der Aufrechterhaltung von Berufsintegration besonders wichtige – Potenzial Suchtkranker nicht notwendigerweise über eine sich entwickelnde Selbsteinsicht im System der Suchthilfe andocken wird.

Im Bereich der Alkoholberatung/-behandlung sind hier zwei gegenläufige Trends feststellbar: Im Beratungssetting (als Erstanlaufstelle) wurde das Publikum jünger – das Durchschnittsalter liegt bei 35 Jahren – und weiblicher; im Therapie- bzw. Reha-Setting wie z.B. im Caravan, als Abstinenzseminar, stieg das Durchschnittsalter im Laufe der letzten 10 Jahre an und liegt mittlerweile bei fast 50 Jahren.

Unter dem Betrachtungswinkel „Berufsintegration“ scheint ein nicht unwesentliches, verbindendes Motiv für alkoholischen Entlastungskonsum im fortgeschrittenen Erwerbsalter die

Entwertung zu sein, die Personen empfinden, wenn die haltgebende Berufs- und Erwerbsbiografie durch Jobverlust in Frage gestellt wird. Erschwerend wirkt hier oft die Gewöhnung bzw. das innere Festhalten an der Vergangenheit, was die Plastizität für die Veränderung von Lebensentwürfen nach vorne herab setzt und starr macht.

Spannend gestaltet sich das Moment des „Ansprechens“ einer problemzentrierten Suchtwahrnehmung von KundInnen durch die AMS-MitarbeiterInnen. Ein bedeutsames Motiv, die Substanzgebrauchsstörung aktiv zu verbergen, liegt oft in der Befürchtung, auf das beschämende Suchtverhalten reduziert zu werden, nicht mehr als vielschichtige Person mit auch anderen wesentlichen Facetten wahrgenommen zu werden. Die Leugnung und Wahrnehmungsabspaltung einer Suchtproblematik durch Betroffene ist vielfach integraler Bestandteil einer Suchterkrankung. Ein Teil der Schwierigkeit, in einen fachlichen Suchtbearbeitungszusammenhang zu kommen, besteht in der Unschärfe des Phänomens, das auch dazu führt, dass viele KundInnen des AMS mit ihrer Substanzgebrauchsstörung in den allgemeinen Vermittlungszonen und nicht in der spezialisierten Reha-Zone verkehren. Gerade bei Beschäftigten im Tourismus scheint hier ein beträchtliches Potenzial vorhanden.

In der Betrachtung der Ansprechproblematik am AMS wird klar, dass die Entwicklung intrinsisch wirkender Motivation zur Veränderung bei KundInnen vielfach einen komplexeren Aufbau benötigt. Dieser kann leichter im integrierten Zusammenspiel mit Fachstellen, wie beispielsweise den BIN-Beratungsstellen oder dem Caravan organisiert werden. Dazu bräuchte es ein Procedere für die AMS-MitarbeiterInnen um die Basisverbindlichkeit – vergleichbar zum Handlungsfeld der betrieblichen Prävention über den Arbeitsplatz – im Sinne einer konstruktiv gestalteten Abhängigkeitsbeziehung zu nutzen.

Wirklich erfreulich gelungen erscheint in Tirol die Wahrnehmung eines tatsächlichen Kulturwandels im Umgang und Austausch zwischen Suchthilfeeinrichtungen und AMS, der sich in den letzten Jahren vollzogen hat. Dieser ist wesentlich geprägt von gegenseitigem Interesse, Wertschätzung und sorgt für einen starken wechselseitigen Wissens- und Kompetenztransfer. Wo man sich früher fast feindbildhaft gegenüber gestanden ist, bleibt heute die gemeinsame Bemühung um einen anspruchsvollen KlientInnenkreis im Vordergrund.

Grundsätzlich wird dem AMS aus Sicht des Suchthilfesystems eine positive Bereitschaft und im Fachbereich Reha auch die Kompetenz attestiert, die heikle Frage der Kooperation von SuchtklientInnen und deren Veränderungsmotivation professionell, differenziert und mit Fingerspitzengefühl anzugehen, wenn es um die Überwindung von Abwehrhaltungen geht.

Zunächst erscheint dabei der Aspekt wesentlich, dass die Passgenauigkeit von Angeboten entscheidend bleibt. Diese müssen zum aktuellen Funktions- und Strukturniveau der Zielpersonen passen. Gleichzeitig ist es notwendig und sinnvoll, die strukturell gegebene positive Abhängigkeit der KlientInnen in der Beziehung zum AMS zu berücksichtigen. Die Technik des motivational-interviewing als Kommunikationsmodell greift hier die besonderen Voraussetzungen auf, unter denen sich Einsicht und Veränderungsbereitschaft sowie in weiterer Folge eine intrinsische Motivation von KlientInnen fördern lassen. Positiv hervorzuheben sind in diesem

Sinn die wahrgenommenen Fortbildungsbemühungen des AMS Tirol in Verbindung mit der Empfehlung, diese weiter zu intensivieren.

Die Zielsetzung bleibt dabei klar: die Schritte von der Wahrnehmung einer Suchtproblematik bei KlientInnen hin in ein verbindliches Beratungs- und Behandlungsregime deutlicher zu entwickeln und interinstitutionell über entsprechende Austauschprozesse zu verankern.

Besonders zu erwähnen bleibt in Tirol die Verdichtung von Suchtklientel aus dem Bereich des Unterbringungskontextes, also Heimen und Psychiatrie. Das Herausfallen aus „Normalität“ erfolgte hier lebensgeschichtlich früh. Die vielfach katastrophalen Bedingungen der öffentlichen Erziehungsstrukturen und das in weiterer Folge völlige Fehlen einer konstruktiv funktionierenden Backup-Familienstruktur verschärften zwangsläufig die Wahrscheinlichkeit von Wohnungslosigkeit und suchtmittelorientierten Kompensationsmechanismen.

Die Begrifflichkeiten, die das Feld der beruflichen Integration von Personen mit Substanzgebrauchsstörung umgeben, bedeuten für die beteiligten Akteure und Gebietskörperschaften nicht selbstverständlich das Gleiche. Auch so zentrale Begriffe bzw. Konstrukte wie Rehabilitation, gesund/krank, Mißbrauch/Abhängigkeit oder Arbeitsfähigkeit bleiben demnach alles andere wie präzise sind und werden im Feld nicht kongruent verwendet. Damit taugen sie auch nicht so ohne weiteres zur guten – oder auch nur nicht-missverständlichen – Verständigung im interinstitutionellen, fachlich segmentierten und interdisziplinären Geschehen.

Am Beispiel des Konstrukts „Rehabilitation“ lassen sich, wie auch zur „Arbeitsfähigkeit“, Verwirrungen nachzeichnen. Vielfach geht es eigentlich um Rekuperation – also die Wiedergewinnung des Zugangs zu den in der eigenen Person angelegten Fähigkeiten – im Unterschied zur Rehabilitation, also wörtlich der „Wiedereinsetzung in den früheren Stand“, bei der es um die Wiederherstellung eines Zustands vor der Abhängigkeitserkrankung geht. In der Aufspaltung der Finanzierungszuständigkeiten – z.B. Reha=Land, Krankenversicherungsleistung=TGKK – entstehen weitere Unschärfen, da REHA hier eine ganz eigene Bedeutung erhält. Das abgrenzungsorientierte Zusammenspiel zwischen TGKK, PVA und AMS macht das Zuständigkeitsdilemma sichtbar: Wie bei Spaltungen unvermeidbar, bekommt das Individuum – also das von der Begrifflichkeit her „Unenteilbare“ – in der administrativen Zuordnung hier erhebliche Fragmentierungsprobleme.

Besonders problematisch wird dies am Beispiel des Begriffs „Arbeitsfähigkeit“. Was vermeintlich eindeutig klingt, birgt im interinstitutionellen Zusammenspiel massive Verwirrung. Die gewünschte multiaxiale Differenziertheit in der Diagnostik bei psychischen Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit, wird in den Feststellungen des Kompetenzzentrums der PVA vermisst. So wichtig Arbeit als rehabilitatives Element bleibt, so missverständlich bleibt die amtliche Feststellung von Arbeitsfähigkeit im suchtrehabilitativen Kontext, die im Weiteren zur Exklusion führt, wenn in Wirklichkeit nur eine eingegrenzte Teilarbeitsfähigkeit/Teilbelastbarkeit gegeben ist.

Da eine konsistente Beurteilung bei SuchtpatientInnen eine profunde Kenntnis des biopsychosozialen Gesamtzusammenhangs erfordert, entstehen hier in weiterer Konsequenz

beachtliche Anforderungen im Sinn des Ziels einer validen Einschätzung und Prognostik, die erst noch fachlich bzw. auch interinstitutionell zu verankern sein werden.

Der intensive Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Arbeitslosigkeit macht darauf aufmerksam, dass die Chronizität von Suchterkrankungen im Lebensverlauf zu Funktionseinschränkungen und Teilhabestörungen führt. Die sich damit entwickelnde latente Schwäche und Einschränkung der Leistungsfähigkeit berührt insbesondere die Belastbarkeit (Arbeitszeitbezogen und von der Intensität her), die Fragilität und Verletzlichkeit im Sinne einer stark erhöhten Kränkungsbereitschaft und damit einer stark verminderten Frustrationstoleranz.

Mit dem aktuell politisch diskutierten Teilkrankenstand wird ein zweites Thema indirekt angesprochen: die Teilarbeitsfähigkeit. Diese könnte bei Komorbidität und Chronizität eine besonders wichtige Entlastung bzw. Perspektive für Betroffene für eine Berufsintegration bieten. Die beiden Thematiken erscheinen verkoppelt. Dass mit dem Teilkrankenstand zeitliche Eingrenzungen verbunden sein müssen, hat auch mit dem innerbetrieblichen Arbeitsumfeld Betroffener zu tun. Gerade in der kleinstrukturierten Tiroler Wirtschaft entsteht relativ schnell ein verstärkter Druck für die entlastenden, puffernden KollegInnen von TeilkrankenständlerInnen, der negativ zurück wirken kann. Daher bietet notwendigerweise erst eine Teilarbeitsfähigkeit mit entsprechenden Lohnergänzungsmodellen tatsächlich die in der Regel benötigte Rehabilitationsperspektive.

Nicht die Absolvierung eines mehrmonatigen Therapieprogramms bringt hier in der Regel robuste Veränderung sondern erst eine Stabilisierung über die kontinuierliche, längerfristige Bearbeitung von Lebenserfahrungen im Auf und Ab des Alltags. So machen die Suchthilfeeinrichtungen darauf aufmerksam, dass die Rekuperationsprozesse zeitlich angemessen einzuschätzen sind und sich oft über Jahre erstrecken, in denen sich Stabilisierungsprozesse entfalten. Gleichzeitig bedeutet diese Langzeitentwicklungsperspektive nicht, dass in einem verkürzten pathologisierenden Krankheitsverständnis die Potenziale Betroffener abzuwerten oder gering zu schätzen sind – und damit erst recht wieder Hürden aufgebaut werden, die den Zugang zu Beschäftigung bzw. die Integration ins Beschäftigungssystem erschweren bzw. verunmöglichen.

In Tirol wird hier eine Inkonsistenz störend wahrgenommen: vielfach werden weder die spezifischen Maßnahmen – insbesondere im Bereich der Beschäftigung – noch die übergeordnete Konstruktion der Trägerschaften bzw. deren Politik dem Anspruch einer nachhaltigen, längerfristigen Begleitung und Nachsorge Suchtkranker zufriedenstellend gerecht. Unter dem Kürzel „Zuständigkeits- und Kooperationsdilemma“ lässt sich das eher holprige Nebeneinander von PVA, TGKK, Land Tirol, AMS und SMS beschreiben.

Besonders zu erwähnen ist die 2014 einsetzende, vorübergehende Bereinigung der PV-Zuständigkeit bzw. Verschiebung des Klientels zwischen den Körperschaften. Der grundsätzliche Ansatz das Pensionierungsgeschehen der Vergangenheit neu anzugehen, wird trotz der erlebten Schwierigkeiten von den AMS-MitarbeiterInnen begrüßt. Weil jetzt sozusagen auf einen Schlag Versäumnisse einer undifferenzierten Herangehensweise sichtbar werden, soll nicht

der Blick auf etwas Wesentliches verstellt werden: Dass grundsätzlich intensive, nachhaltig organisierte Rehabilitationsanstrengungen sinnvoll sind, die Frühpensionierung ein letztes Mittel bleiben sollte. Gerade im Bereich der Suchterkrankungen liegt daher der Schluss nahe, dass die Pensionierungspraxis der letzten Jahrzehnte Mitverantwortung dafür trägt, dass sich die intensive Einbindung beruflich orientierter Reha-Anstrengungen in langfristig angelegte Rehabilitationsverläufe nicht wirklich entwickeln konnte bzw. verkümmert ist.

Erfreulich ist mit Blick auf die Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitation der neu aufgebrochene Diskurs innerhalb des AMS zu bewerten, wie z.B. über die Einrichtung eines österreichweiten Arbeitskreises für Reha-Maßnahmen.

Wie auch bei der Tiroler Suchttagung 2014 deutlich geworden, reichen die Förderinstrumente des AMS hier nicht aus. Die in dieser Studie bereits mehrfach angesprochene administrativ intensiv gelebte Dichotomie von gesund vs. krank, die sich in desintegrativ wirkenden Zuständigkeitsabgrenzungen der Körperschaften äußert, ist nicht neu, wird aber zunehmend problematisiert.

Von den betroffenen Suchtkranken und dem AMS-Betreuungs- und Vermittlungssystem wird das „Herumgereiche“ als unbefriedigend und belastend erlebt. Unvermeidlich entsteht der Eindruck einer generellen „Unzuständigkeit“. Dem AMS bleibt die Rolle als Existenzsicherer und als Auffangbecken, was für die BeraterInnen und ihr Klientel demotivierend und damit krankheitsfördernd wirken kann.

Maßnahmen, die Arbeit/Beschäftigung und Therapie kombinieren, stehen automatisch vor besonderen Hürden, da „Therapie“ als medizinische Maßnahme nicht Aufgabe des AMS ist. Von daher wurde in der Vergangenheit die gewünschte Verschränkung von Therapie und Arbeit erschwert bzw. verunmöglicht.

Die Verschränkung von Therapie, medizinischer Rehabilitation und Arbeit – im Sinne einer beruflichen Rehabilitation – bleibt aus Sicht des AMS eine zu lösende zentrale Zukunftsaufgabe. Das AMS gehörte in dieser Sicht frühzeitig integriert. Die wirklichkeitsfremde Trennung der Zuständigkeiten, die bei Krankheit das AMS ausschließt, erschwert diese Integration.

Aber auch auf Ebene der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen gibt es Entwicklungsbedarf, da die Kontinuität in der Fallarbeit zu wenig ausgebaut ist, der Kontakt zwischen den Einrichtungen über die langen Zeitverläufe chronischer Suchterkrankungen (und ihrer Behandlung) immer wieder einbricht. Ein konsequenter Versuch der Überwindung dieser Schwächen wird insbesondere vom Suchtkoordinator Tirols im methodischen Ansatz des Casemanagements gesehen.

Die Vielgestaltigkeit der Einrichtungslandschaft für Suchtkranke in Tirol – sowohl auf Ebene der Träger wie deren Angebote – kann nicht darüber hinweg täuschen, dass die Nutzbarkeit in Form einer Gesamtsystematik oft komplizierte Überwindung beziehungsweise Verbindung von Stückwerk bleibt. Auf der anderen Seite bieten die gewachsenen Unterschiedlichkeiten und Mikrokulturen eine im Feld der Suchthilfe geschätzte Breite, was von den AkteurInnen

der Suchthilfe mit Bezug auf die Heterogenität der betreuten Zielgruppe positiv hervorgehoben wird.

Einzelne Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitsförderung, unterliegen besonderen, allgemeinen „Anwendungsbedingungen“, die von den finanzierenden Maßnahmeträgern bestimmt werden. Diese Bedingungen – wie etwa enge zeitliche Befristungen – wirken in der Anwendungspraxis oft willkürlich, da die Indikation für Betroffene aus Sicht der Suchthilfeexperten oft nicht bedürfnisgerecht erfolgen kann.

Ein besonders kritischer Bereich bleibt aus Sicht der Suchthilfe die Nachbetreuung im Anschluss an Maßnahmen. Diese ist vielfach nicht ausreichend – da nicht ausreichend finanziert – gegeben. Gleichzeitig gibt es einen regional herausfordernden Versorgungsanspruch. Am dominanten Zentralraum Innsbruck als Standort vieler Einrichtungen wird klar, dass die Nachbetreuung von Beginn an Bestandteil der Planung bei längeren Verläufen sein sollte und auch gestalteter interinstitutioneller Übergänge bedarf.

Aus der Generalperspektive des Suchtkoordinators entsteht ganz allgemein das Bedürfnis, das Verbindende in der Angebotslandschaft – im Sinne eines Verbunds – zu stärken. Das Nebeneinander von Möglichkeiten für KlientInnen könnte damit stärker integrierend entwickelt werden. Aus einem tendenziellen Hybridverbund sollten Behandlungspfade entwickelt werden, die mehr Robustheit für den Verlauf von Suchterkrankungen bieten. Motto: Mehr Konstanz in der Betreuung, weniger Drehtüreffekte.

Das AMS ist in seinem Grundauftrag unmittelbar am Thema „Beschäftigung“ ausgerichtet. Das prozessuale Vorfeld (Krankheitseinsicht, Entwicklung einer Veränderungsmotivation, Therapiebereitschaft), das bei Suchterkrankungen den direkten Zug Richtung Beschäftigung oft verstellt bzw. verunmöglicht, entwickelt sich leicht in einen Nicht-Zuständigkeitsraum, angereichert durch eine gewisse Ratlosigkeit, die Suchtverhalten im Umfeld genuin gerne erzeugt. Dies erklärt sich vielleicht auch deshalb, da ansonsten bewährte Förderinstrumente des AMS wie etwa „Schulung“, „Training“ oder „Coaching“ hier nicht greifen, solange die Grundstörung „Sucht“ nicht explizit in einen professionell strukturierten Bearbeitungszusammenhang und Behandlungsprozess gebracht werden kann.

Im Vergleich dazu hat sich zu den Einrichtungen für „andere“ psychische Erkrankungen (wie etwa Depression, Angststörung, Belastungsstörung) – bei denen das Vorliegen einer Suchterkrankung in der Vergangenheit dezidiert ein Ausschließungsgrund war - offensichtlich eine verbindliche, intensivere Zusammenarbeit entwickelt.

So bleibt Suchterkrankung immer noch tendenziell ein Sonderfall, der bei einigen Aufweichungen in der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Hilfelandschaft letztlich aber doch noch gerne außen vor bleibt, wenn es um Tagesstruktur oder Hilfen zur Beschäftigungsintegration geht.

Keine Kapazitätsengpässe bestehen bei den Beratungsvereinen Bin und Suchtberatung Tirol. Aus der unmittelbaren Versorgungsperspektive erscheint dieser Umstand erfreulich. Vor dem

Hintergrund der Prävalenzerwartung wird aber auch deutlich, dass erhebliche Anteile von Personen mit intensiverer Substanzgebrauchsstörung nicht im Suchthilfesystem andocken und die Erreichungsquote im Vergleich mit anderen chronischen Erkrankungen insgesamt bescheiden bleibt.

Besonders beachtenswert erscheint in Tirol eine branchenspezifische Zugangsbarriere, die gleichzeitig einen potenziellen Nährboden für Suchterkrankungen bietet: beruflich herausfordernde Bedingungen im intensiven, saisonalen „Seitental- und Alpentourismus“ machen es für Betroffene schwierig, Beratung in Anspruch nehmen bzw. bleiben die Suchthilfeangebote außerhalb ihres Wahrnehmungshorizonts.

Insgesamt verdünnt sich das suchthilfespezifische Angebot, je weiter man sich vom Zentralraum Innsbruck entfernt. Was für die stationären Angebote hier weniger von Belang ist, wird für die ambulante, wohnortnahe Versorgung zur Herausforderung. Insgesamt fehlen in den dezentralen Bereichen Beschäftigungsangebote und Tagesstrukturen nochmals stärker.

Bei Jugendlichen bleibt das Risiko einer Substanzgebrauchsstörung besonders brisant, da insbesondere bereits multipel belastete Jugendliche (s. NEETS-Jugendliche) hier eine besondere Anfälligkeit aufweisen. Aus langjähriger Erfahrung mit einem stark erlebnispädagogisch orientierten Setting und einem auch mobil geprägten Zugang wurden in Innsbruck in der Z6-Drogenberatung gute Erfahrungen im Aufbau konstanter, belastbarer Kontakte mit Jugendlichen gemacht. Aus der Perspektive einer regionalen Versorgung in der Breite erscheint es sinnvoll, wenn die flächendeckend eingerichteten Vereine BIN und Suchtberatung Tirol mit Blick auf Jugendliche Aspekte dieses Ansatzes integrieren. Dabei erfolgt der Zugang nicht über Defizite, sondern im Empowerment-Ansatz, der das jugendkulturelle Umfeld und Szenephänomene antizipieren kann.

Die professionellen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb suchthilfespezifischer Rehabilitation orientieren sich an der Eingliederung am Erwerbsleben bzw. versuchen sie ein Herausfallen aus diesem zu verhindern. Ernst zu nehmen sind die Feldwahrnehmungen in Tirol, nämlich dass sich für viele SuchtrehabilitandInnen selbst mit Unterstützung aller Förderinstrumenten der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt gerne verschließt. Daraus entsteht auch eine Forderung der ExpertInnen, dass es in Zukunft nicht nur um eine Optimierung der Anpassungsleistungen von RehabilitandInnen an die Erfordernisse des ersten Arbeitsmarktes gehen kann. Gefordert wird gleichzeitig eine Entwicklung des Arbeitsmarktes, der sich mit seinen Bedingungen auf die Menschen zubewegen sollte, damit die Personen mit ihren individuellen Bedingungen und Einschränkungen dort Platz finden können.

Die Schnittstelle zwischen zweitem und erstem Arbeitsmarkt weist dabei oft zu wenig Flexibilität auf. Ebenso wie überhaupt die Übergänge, je nach Strukturniveau der RehabilitandInnen (auch aus Richtung der dritten, vierten Beschäftigungsebene), als sehr starr wahrgenommen werden. Die Orientierung an den jeweiligen Maßnahmebedingungen kann sozusagen nicht Maß nehmen an den Erfordernissen einer längerfristigen, individuellen Rehabilitationsplanung.

Gleichzeitig ist die horizontale Verschränkbarkeit von Beschäftigungsmaßnahmen nicht im gewünschten Ausmaß gegeben. Bestimmend bleibt der zeitlich eng befristete Einschluss in einer Einzelmaßnahme bei einem Projektträger, womit zu wenig Flexibilität für die Nutzung der Projektlandschaft als Gesamtbehandlungs- und Betreuungsangebot gegeben ist. Bei Zeitablauf von Maßnahmen entsteht eine intensive Übergangsproblematik. Diese wirkt mit Blick auf den Faktor Betreuungs-/Beziehungskonstanz prekär.

Aus der Erfahrung der Suchthilfe- und ArbeitsmarktexpertInnen heraus bleibt die Erkenntnis, dass für hunderte bzw. tausende suchtkranke Personen im erwerbsfähigen Alter der erste Arbeitsmarkt in Tirol mit einer steigenden Sockelarbeitslosigkeit als Zielperspektive ungeeignet bleibt bzw. sich verschließt. Von daher bleiben der Wunsch und die Forderung nach Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten in einem zweiten Arbeitsmarkt nachvollziehbar. Nach dem Motto: mehr, schneller, regional verteilter, formuliert sich dabei der Anspruch der Suchthilfe.

Grundsätzlich ist das basalste Segment der Beschäftigungsintegration auf einer dritten oder vierten Ebene – dort, wo es zunächst gar nicht mehr um eine berufliche Rehabilitation mit Ziel einer Platzierung im ersten Arbeitsmarkt geht – in der Gesamtarchitektur der Massnahmenlandschaft von großer Bedeutung.

Hier entsteht immer wieder auffangende Stabilisierung und Strukturgebung. Die Erfahrung, dass Bemühung auf jeglichem Niveau Sinn macht, Perspektive entwickelt, weitere Verelendung verhindert, ist als Grundbedingung für das Gesamtsystem der Suchthilfe entlastend. Damit wird – auch auf der untersten Ebene von Verbindlichkeit und Leistungsfähigkeit – dem desintegrativen Hinausfallen aus Sinn, Sozialstruktur und Teilhabe entgegengewirkt.


Die richtige Konnotation des „Scheiterns“ in Maßnahmen, der „Abstürze“, wäre also nicht eine korrespondierend anwachsende Aussichts- und Hilflosigkeit, sondern eine jeweils passende Platzierung in einem sozialpsychiatrisch orientierten differenzierten Beschäftigungssystem mit variablen Geschwindigkeiten und angemessenem zeitlichem Spielraum. Dies ist in der bestehenden Angebotslandschaft Tirols noch nicht gut entwickelt.

Mit Fokus auf das Fehlende in der Förderung der Integration Suchtkranker im dritten oder vierten Segment der Beschäftigung könnte das Leitmotiv gelten: zuerst Struktur, dann Coaching.

Die Vielfältigkeit der Suchthilfe- und GBB-Landschaft weist in jedem einzelnen Projekt ein hohes Maß an Kreativität und im Alltag gelebter Flexibilität auf. Beim Versuch einer Vernetzung zu einem hoch-integrativen Angebotsverbund bestehen jedoch noch – in dieser Studie multiperspektivisch beleuchtet – erhebliche normative, administrative, methodologische und auch institutionslogische bzw. ideologische Klippen.

11. Anhang

11.1. Einrichtungen der Tiroler Suchtarbeit



6. Tiroler Suchttagung
Handout zur Postersession 6.6.2013

Nachlese

Die Postersession zur Tiroler Suchttagung sollte einen einfachen Überblick zu den aktuell vorhandenen Angeboten der Suchtarbeit in Tirol ermöglichen.


Darüber hinaus sollte skizzenhaft erkennbar werden, wer mit wem im Arbeitsalltag vernetzt ist. Es handelt sich hierbei um kein objektiviertes Gesamtbild, sondern um eine Momentaufnahme aus Einrichtungssicht. Dass diesbezüglich teilweise auch unterschiedliche und selektive Wahrnehmungen auf Seiten der Einrichtungen zu Tage treten (Hinweis auf die Vernetzung nur in eine Richtung), mag ein Anstoß zu weiterführenden Kontaktensein.

Die Zusammenschau erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind jene Einrichtungen vertreten, die angeschrieben wurden und ein ausgefülltes Erfassungsblatt retourniert haben. Ob die Einträge von einer Einzelperson oder unter Einbindung von anderen Mitarbeiter/innen erfolgt sind, war der Einrichtung überlassen.

Manche Einrichtungen haben sich in Bezug auf die Kontakte zu anderen auf den engeren Kreis der Suchtarbeit beschränkt, andere haben dies weiter gefasst und auch Kontakte zu Systempartnern aufgelistet, die angrenzend im Umfeld tätig sind.

Die Darstellung der Einrichtungen und ihre Tätigkeiten sollte nicht zur konkurrenzierenden Leistungsschau werden, deshalb die einheitliche und neutrale Gestaltung der Plakate.

Konzept und Erstellung:
Arbeitsgruppe des Suchtbeirats/Suchtkoordination in Zusammenarbeit mit kontakt+co Suchtprävention

 Eine Veranstaltung des Landes Tirol

Fachliche Vorbereitung und Organisation:
Suchtkoordination des Landes Tirol | Suchtbeirat



6. Tiroler Suchttagung

Handout zur Postersession 6.6.2013

Einrichtungen

Abrakadabra
Aids-Hilfe
Alexihaus
ASP
B3
B4
BIN
caravan
Drogenambulanz
Emmaus
Haus am Seespitz
Herberge
Integrationshaus
Kinderleicht
KIT
kontakt+co
Komfüdro
Lama
MDA Basecamp
Mentvilla
Mohi
Neustart
pro mente
PsP
Raucherberatung
SBT
Streetwork
Suchtkoordination
Talentbörse
Teestube
TGZ Mutters
Z6
ZSB



Eine Veranstaltung des Landes Tirol

Fachliche Vorbereitung und Organisation:
Suchtkoordination des Landes Tirol | Suchtbeirat

AbraKadabra Caritas

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol Stadt Innsbruck	Caritas	Wolfgang Gratzel
Mitarbeiter/innen: 3	in Teilzeit: 2	Vollzeitäquivalente: 2,75
Standort: Innsbruck Karmelitergasse 4		
Auftrag <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsprojekt für Drogenabhängigkeitserkrankte - Vermittlung einer Tagesstruktur - Rehabilitation und (Re-) Sozialisierung durch Arbeitsangebote - (Wieder-) Erlernen der Arbeitsfähigkeit - Stabilisierung der persönlichen Situation und des Konsumverhaltens - Verbesserung der Lebensqualität 		
Aktuelle Arbeitsschwerpunkte <ul style="list-style-type: none"> - Sozialpädagogische Betreuung und Begleitung - Arbeitsangebote Postfertigungsarbeiten - Outdoor-Tätigkeiten - Produktion 		



Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol, BMG, Stadt Ibk	Verein AIDS-Hilfe	Dr. Lydia Domoradzki
Mitarbeiter/innen: 7	in Teilzeit: 7	Vollzeitäquivalente: 4,3
Standort: Innsbruck Kaiser-Josef-Straße 13		
Auftrag <p>Anonyme und kostenlose HIV- und Syphilis-Testung, anonyme und kostenpflichtige HepatitisB/C-Testung, Beratung zu HIV, Hepatitis, STIs; zielgruppenspezifische Prävention und Information; Öffentlichkeitsarbeit; Betreuung von HIV-positiven Menschen</p>		

Alexihaus 
Innsbrucker Soziale Dienste

Auftraggeber	Träger	Leitung
Stadt Innsbruck	ISD GesmbH	Mag. Raimund Sölder
Mitarbeiter/innen: 17	in Teilzeit: 12	Vollzeitäquivalente: 11,78
Standort: Innsbruck Dreiheiligenstr 9		
<p>Auftrag</p> <p>Niederschwellige Wohnmöglichkeit für wohnungslose volljährige Männer, die Anspruch auf Mindestsicherung haben.</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Unterbringung und Betreuung</p>		

ASP (Ambulante Suchtprävention) 

Auftraggeber	Träger	Leitung
Stadt Innsbruck	ISD	Mag. Maria Seiwald
Mitarbeiter/innen: 7	in Teilzeit: 7	Vollzeitäquivalente: 2,63
Standort: Innsbruck Ing. Etzel-Straße 5/3.Stock		
<p>Auftrag</p> <p>Das Therapie- und Betreuungsangebot der ASP richtet sich an Menschen mit Formen von Suchterkrankungen, wie Missbrauch oder Abhängigkeiten von illegalen Drogen, Alkohol, Arzneimitteln, Essstörungen, Spielsucht, Internetsucht und Co-Abhängigkeit</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Beratung und Psychotherapie für stofflich und nichtstofflich gebundene Abhängigkeitserkrankungen, legalen und illegalen Drogen</p>		

Station B3 **tilak** Unternehmen Gesundheit

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	TILAK - LKH Hall	OA Dr. Ekkehard Madlung
Mitarbeiter/innen: 20	in Teilzeit: 4-5	Vollzeitäquivalente: -
Standort: Hall i.T.		
Auftrag Fachstation für Drogentherapie (Entzug, Ein- und Umstellungen der Substitutionsmedikation, Stabilisierung)		
Aktuelle Arbeitsschwerpunkte Aufbau einer Sprechstunde (Ambulanz)		

LKH Hall - Station B4

Landeskrankenhaus Hall

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol Stadt Innsbruck	TILAK G.m.b.H.	Oberarzt Dr. Manfred Müller M.Sc.
Mitarbeiter/innen: -	in Teilzeit: -	Vollzeitäquivalente: -
Standort: Hall in Tirol		
Auftrag Abstinenzorientierte stationäre Entwöhnungsbehandlung von alkohol- und medikamenten abhängigen Menschen (Therapieziel Symptomverbesserung in allen Funktionsbereichen, Wiederkehr von Lebensqualität und Lebensfreude sowie Selbstbestimmung und Eigenverantwortung) 24 Therapieplätze Anmeldung zu einem Vorgespräch (jeden Mittwoch ab 9.00 Uhr) über Suchthotline (0043/5223/88140)		
Aktuelle Arbeitsschwerpunkte ganzheitliches Konzept, das Betroffene in allen Phasen der Sucht therapeutisch begleiten soll (von der Kontakt- über die Entzugs- und Entwöhnungsphase bis hin zur Nachsorge und Reintegration) Behandlung von komorbiden körperlichen und seelischen Erkrankungen geschlechtsspezifische Angebote System- und Beziehungsarbeit (Bezugspersonen und Systempartner werden möglichst eingebunden)		

Verein BIN - Beratung, Information, Nachsorge



Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Verein BIN	Prim. Prof. Dr. Christian Haring
Mitarbeiter/innen: 19	in Teilzeit: 15	Vollzeitäquivalente: 8,8
Standort(e): Hall, Innsbruck, Imst, Kitzbühel, Landeck, Lienz, Reutte, Schwaz, St. Johann i.T., Wörgl		

Auftrag

Ambulante gemeindenahe Versorgung – Beratung und Begleitung von Suchtpatienten sowie deren Angehörige, Freunde, Dienstgeber etc.
Angebot: Einzelnachsorge, Nachsorgegruppen, Angehörigenberatung, Psychotherapie

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Alkohol, Medikamente, pathologisches Spielen, PC/Internetsucht – für Betroffene und Angehörige

caravan *pro mente tirol*

Auftraggeber	Träger	Leitung
AMS in Zusammenarbeit mit PV	pro mente tirol	Mag. Renate Schwarzgruber
Mitarbeiter/innen: 6 (+ 6 freiberuflich)	in Teilzeit: -	Vollzeitäquivalente: 4,5
Standort: Innsbruck		

Auftrag

Ziel: Berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit Alkohol-/Medikamentenmissbrauch. Mit Hilfe von Tagesstruktur, Einzel- und Gruppengesprächen soll die psychische Stabilität aufgebaut und gefestigt werden, um wieder beruflich erfolgreich zu werden.

Drogenambulanz Unternehmen Gesundheit

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	TILAK	Univ.-Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker
Mitarbeiter/innen: 8	in Teilzeit: 2	Vollzeitäquivalente: 7
Standort: Innsbruck Innrain 66a		
<p>Auftrag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Substitution - Therapie statt Strafe - Harnabgaben (ev. unter Sicht) - ärztliche Behandlung - psychosoziale Betreuung <p>- klinisch-psychologische Behandlung</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>- siehe oben</p>		

Emmaus

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Verein Emmaus Innsbruck	Mag. Benedikt Zecha
Mitarbeiter/innen: 10	in Teilzeit: 6	Vollzeitäquivalente: 6
Standort: Innsbruck Büro, Lager, Wohnhäuser – mehrere Adressen		
<p>Auftrag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soziale und berufliche Reintegration von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen - Aufbau und Stärkung der Abstinenzfähigkeit - Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit - Schuldenregulierung - Persönlichkeitsentwicklung - Teilstationäre Langzeitnachsorge mit Wohnen, Arbeit und Psychotherapie 		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Im Arbeitsprojekt Sommerarbeiten wie Rasen mähen,... Renovierung und Einzug in neues Wohnhaus Weiherburggasse Gesundheitsbewusstsein: Nikotinsucht, Ernährung Freizeitgestaltung Konzept-einreichung ambulante Nachsorge Integration von achtsamkeitsbasierter Arbeitshaltung - Teamfortbildung Leitbildarbeit</p>		

Haus am Seespitz | Kurzzeittherapie für Abhängigkeitserkrankungen

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	TherapienetzGmbH	MMag. Markus Walpoth

Mitarbeiter/innen: 20	in Teilzeit: 15	Vollzeitäquivalente: 12
-----------------------	-----------------	-------------------------

Standort: 6212 Maurach am Achensee | Pertisauerstr. 32

- Auftrag**
- **Stabilisierung von Selbstwert, Identität und Lebenszuversicht**
 - **Identifikation von individuellen Konflikten und Auslösermechanismen für Suchtverhalten**
 - **Stärkung aller gesunden Persönlichkeitsressourcen**
 - **Soziale und berufliche Reintegrationsvorbereitung**
 - **Organisation einer zielführenden Nachbetreuung**
 - **Verbesserung der Lebensqualität**

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Eingangs- und Verlaufsdiagnostik | Einzel- Gruppentherapie | Psychoedukation | Erlebnisorientierte Interventionsformen | Arbeitstherapie | Soziales Kompetenztraining | Ressourcen- und Resilienzanalyse Familienarbeit



Auftraggeber	Träger	Leitung
Stadt Innsbruck (Soziales)	ISD	Franz Stelzl

Mitarbeiter/innen: 25	in Teilzeit: 15	Vollzeitäquivalente: 16,21
-----------------------	-----------------	----------------------------

Standort: Innsbruck | Gumpstraße 71

Auftrag

Beherbergung und Betreuung von Wohnungslosen (Frauen und Männer). Sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung. Existenzsicherung, Dokumentenbeschaffung und Geldverwaltung. Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen (Kliniken, Schuldnerberatung, etc.). Unterstützung bei der Wohnungssuche und Übersiedlung.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Die medizinische Versorgung für unsere BewohnerInnen rückt immer stärker in den Vordergrund. Ein Hausarzt und ein psychiatrischer Konsiliararzt kommen 1 x pro Woche. Für unsere BewohnerInnen bieten wir pflegerische Hilfestellungen an (Körperhygiene, Tablettenausgabe, Verbandswechsel, usw.)

Integrationshaus

Auftrag

Das Integrationshaus ist ein Haus der Vielfalt, in dem Junge und Alte, Gesunde und Kranke, Berufstätige und Arbeitslose zusammen leben. Seit 1998 wohnen immer 6 – 8 DrogenkonsumentInnen im Haus und werden ambulant betreut.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Wohn-Begleitung von BewohnerInnen, multikulturelle Kinderkrippe, Lernhilfe, Dinner Club...

Kinderleicht

Auftraggeber	Träger	Leitung
unterschiedlich	Caritas Tirol	Mag. Klaus Burger
Mitarbeiter/innen: 2	in Teilzeit: 2	Vollzeitäquivalente: 1,37
Standort: Innsbruck		

Auftrag

Kinderleicht richtet sich an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Kinder von suchterkrankten Eltern haben ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Im Rahmen einer Gruppe oder in direkter Einzelarbeit wird mit dem Kind an Themen und Schwierigkeiten gearbeitet, welche die Erkrankung des Elternteils mit sich bringt. Mit kindgerechten, spielerischen Methoden werden dem Kind jene Informationen gegeben, die wichtig sind, seine Situation zu verstehen und neu einschätzen zu können.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

1. Kinder und Jugendliche
2. Eltern und Angehörige
3. Bildungsangebote für Fachkräfte
4. Öffentlichkeitsarbeit



Verein KIT, Kontakt-Information-Therapie

Auftraggeber	Träger	Leitung
jeweiliger Kostenträger	Verein KIT	Franz Rieder

Mitarbeiter/innen: 10	in Teilzeit: 2	Vollzeitäquivalente: 9
-----------------------	----------------	------------------------

Standorte: Schwaz Egertboden | Steinach Herrenschwendt

Auftrag

Seit 1974 Beratung u. Langzeittherapie f. drogenabhängige Männer u. Frauen von 18-40 J., Schwangere, Paare, Familien u. AlleinerzieherInnen mit Kindern.
 Therapiedauer: Individuell. Kontakt: Österreichweit über Beratungsstellen.
 Aufnahme: Kontaktgespräch, Aufnahme nach Klinikentzug im Haus Egertboden

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Abstinenzorientierte Langzeittherapie mit Rehabilitation
 Ambulante Drogenberatung

kontakt+co Suchtprävention



Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Rotes Kreuz Tirol	Mag. Gerhard Gollner

Mitarbeiter/innen: 6	in Teilzeit: 6	Vollzeitäquivalente: 3,6
----------------------	----------------	--------------------------

Standort: Innsbruck | Bürgerstraße 18

Auftrag

Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen in den Settings:
 Schule, Jugendarbeit, Familie, Arbeitswelt, Gemeinde und Gesundheitswesen
 - Präventionsmanagement, Koordination suchtpreventiver Maßnahmen in Tirol
 - Informationsservice, Fachbibliothek und Präventionsberatung
 - Erstellung von Materialien, Projekt- und Programmentwicklung
 - Bildungsarbeit und Multiplikatorenschulung
 - Maßnahmen der Frühintervention
 - Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema Sucht

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Frühe Hilfen | Prävention in Betrieben | AG Medienwelt | Jugendförderung und Jugendschutz |
 Hausärztliche Kurzintervention bei alkoholbezogenen Problemen | Prävention im Kontext Spielsucht | Workshops im Rahmen von AMS-Maßnahmen | Entwicklung Präventionsprogramm „plus“

Komfüdros Caritas

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol Stadt Innsbruck	Caritas	Wolfgang Gratzel
Mitarbeiter/innen: 5 + 1 Aushilfe	in Teilzeit: alle	Vollzeitäquivalente: -
Standort: Innsbruck Ing.-Etelstraße 1		
Auftrag - niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle für DrogenkonsumentInnen - akzeptierende Haltung - Krisenintervention Harm Reduction - Drehscheibe und Vermittlung zu weiteren Anlaufstellen		
Aktuelle Arbeitsschwerpunkte - Safer Use und Safer Sex Beratung Spritzenaustausch und -abgabe medizinische Beratung Beratung und Begleitung (finanziell, rechtlich, psychosozial) Frauenöffnungszeiten Kaffeebetrieb (Essen und Getränke) Dusch- und Waschmöglichkeiten Freizeitaktivitäten		

Lama

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Verein für Obdachlose	Michael Hennermann
Mitarbeiter/innen: 1	in Teilzeit: 1	Vollzeitäquivalente: 0,8
Standort: Innsbruck Kapuzinergasse 43		
Auftrag Dieses Projekt ist eines der wenigen niederschweligen und akzeptierenden in Tirol für den dritten Arbeitsmarkt. An 5 Tagen in der Woche fahren bis zu 8 chronisch mehrfachgeschädigte alkoholranke Menschen. Unterstützung bei Suche nach Entzugs- und Therapieangebote		
Aktuelle Arbeitsschwerpunkte Auf einem Bauernhof werden den Fähigkeiten der TeilnehmerInnen entsprechende Tätigkeiten unter Betreuung und Anleitung ausgeführt. - Tagesstruktur - Umgang mit Krankheit - Perspektivenarbeit und Empowerment		

MDA basecamp

Auftraggeber	Träger	Leitung
Stadt IBK Land Tirol BMG	Verein Z6	DSA Katalin Franz

Mitarbeiter/innen: 3	in Teilzeit: alle	Vollzeitäquivalente: 1,5
----------------------	-------------------	--------------------------

Standort: Innsbruck Ing.-Etzelstraße 1
--

Auftrag

MDA basecamp arbeitet im Bereich der Harm Reduction (Schadensminderung). Der Auftrag besteht, darin die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen zu reduzieren. Schwerpunkt ist die Gesundheitsförderung im Nachtleben. Drogenkonsum wird als Tatsache verstanden, ohne diese moralisch zu bewerten. MDA basecamp arbeitet parteilich mit den KlientInnen, um diese vor Schädigungen und Folgeproblemen möglichst zu bewahren.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Neben Information und Beratung auf Veranstaltungen (Partys, Konzerte...) wird auch telefonische und persönliche Beratung angeboten. Seit 2005 bietet das MDA basecamp auch Beratung via Internet an (www.onlinedrogenberatung.at).

Mentvilla **Caritas**

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol Stadt Innsbruck	Caritas	Wolfgang Gratzel

Mitarbeiter/innen: 7 + 12 freie MA	in Teilzeit: alle	Vollzeitäquivalente: -
------------------------------------	-------------------	------------------------

Standort: Innsbruck Mentlgasse 20

Auftrag

- Notschlafstelle für Drogenkonsumenten
- niederschwellige und drogenakzeptierte Beratung und Betreuung
- Schadensminimierung
- Sicherung des Überlebens
- Krisenintervention
- Unterstützung im Erlangen einer möglichst stabilen Lebenssituation
- ambulante Weiterbetreuung in fünf Außenstellen

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

- Obdach und Grundversorgung
- Gesundheitsarbeit
- Sozialarbeit
- Sozialpädagogische Arbeit



Auftraggeber	Träger	Leitung
REHA-Abteilung	Verein MOHI Tirol	Mag. Ludwig Plangger
Mitarbeiter/innen: 140	in Teilzeit: -	Vollzeitäquivalente: -
Standort: Zentrale Innsbruck Regionalstelle Telfs		
<p>Auftrag</p> <p>Sozialintegrative Alltagsbegleitung im Wohnumfeld der KlientInnen Unterstützung und Begleitung in allen Belangen der Alltagsbewältigung mit dem Ziel, möglichst selbstständig in der eigenen Wohnung leben zu können.</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Beratung, Gespräch, Begleitung zu Behörden und ÄrztInnen, finanzielle Absicherung, Wohnsituation erhalten, verbessern, Haushalt, Einkaufen, Kochen, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte erhalten, aufbauen, ...</p>		



Auftraggeber	Träger	Leitung
BMJ Land Tirol, Stadt Innsbruck	Verein NEUSTART	Dr. Kristin Henning
Mitarbeiter/innen: 30	in Teilzeit: 21	Vollzeitäquivalente: 25 BA
Standorte: Innsbruck, Wörgl, Imst, Lienz		
<p>Auftrag</p> <p>Durchführung justiznaher sozialarbeiterischer Leistungen in den Bereichen Bewährungshilfe, Haftentlassenenhilfe, Tauschgleich, Vermittlung Gemeinnütziger Leistungen, Elektronisch überwachter Hausarrest und Prozessbegleitung. Suchtspezifisch beraten, motivieren und begleiten wir KlientInnen mit dem Ziel der Verbesserung ihrer Lebensqualität und hinsichtlich der Vermeidung strafbarer Handlungen.</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Deliktverarbeitung, Ressourcen- und Lösungsorientiertes Arbeiten, Gruppenarbeit (Anti-Gewalt-Trainings), verstärkte Umsetzung und Weiterentwicklung des NEUSTART-Suchtkonzepts.</p>		

Wohnprojekt Gutenbergstraße *pro mente tirol*

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol – REHA-Abteilung	pro mente tirol	DSA Ulrich Schnizer
Mitarbeiter/innen: 8	in Teilzeit: 7	Vollzeitäquivalente: ca. 4
Standort: Innsbruck Gutenbergstraße 16 / 4. Stock		
<p>Auftrag</p> <p>... ist, ein sozialpsychiatrisches Rehabilitationsangebot für Menschen zu stellen, die unter massiven und/oder mit Suchtproblemen kombinierten psychischen Störungen und unter Wohnungslosigkeit leiden. Begrenzte Compliance und begrenzter Konsum sind kein Ausschlussgrund.</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Rehabilitationsprogramm in einer vollzeitbetreuten WG mit 7 gemischten Plätzen. Sozialpsychiatrischer Beitrag zu kooperativen, nachgehenden und niederschweligen Betreuungsrahmen mehrerer Anbieter.</p>		

PsP Tirol - Fachbereich Alkohol



Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol – Abteilung Soziales	Psychosozialer Pflegedienst Tirol	Mag.a (FH) Julia Wilhelm
Mitarbeiter/innen: 15	in Teilzeit: 6 + 9 geringfügig	Vollzeitäquivalente: -
Standort: Innsbruck Anichstraße 4		
<p>Auftrag</p> <p>Rehabilitationsangebot in Form eines Aufsuchenden Dienstes für Menschen mit Doppeldiagnose (Psychische Erkrankung und Alkoholerkrankung) mit dem Ziel die KlientInnen zu einer autonomen Lebensgestaltung zu befähigen und ihre Lebensqualität zu verbessern.</p>		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Unterstützung bei Aufrechterhaltung der Abstinenz nach Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung bzw. bei Reduktion des Alkoholkonsums Förderung persönlicher Ressourcen, Alltagsbewältigung, Sicherstellung d. Lebensgrundlagen</p>		

Raucherberatung des Landes Tirol



Auftraggeber	Träger	Leitung
Landessanitätsdirektion Tirol	Landessanitätsdirektion Tirol	Univ.-Prof. Dr. Verena Günther
Mitarbeiter/innen: 4-5	in Teilzeit: alle	Vollzeitäquivalente: -
Standort(e): Innsbruck, Imst, Landeck, Reutte (Kitzbühel)		
<p style="text-align: center;">Auftrag</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychologische Nikotinentwöhnung nach dem Selbstmanagementansatz - individuelle Einzelberatung - offene Therapiedauer 		
<p style="text-align: center;">Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - genderspezifische Nikotinentwöhnung 		

Verein Suchtberatung Tirol



Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Verein Suchtberatung Tirol	GF MSc Birgit Keel
Mitarbeiter/innen: 12	in Teilzeit: 10	Vollzeitäquivalente: 7,4
Standort(e): Innsbruck-Stadt und in jedem Tiroler Bezirk		
<p style="text-align: center;">Auftrag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychosoziale und klinisch-psychologische Beratung und Betreuung von Personen mit Drogen- und Suchtproblemen sowie SubstitutionsklientInnen, deren Angehörige und Bezugspersonen - Begleitung vor stationärer Aufnahme, Nachsorge - Gesundheitsbezogene Maßnahmen nach §12 SMG - Juristische Beratung 		
<p style="text-align: center;">Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - direkte Arbeit mit unseren KlientInnen - seit 2013 erstmals MultiplikatorInnenfortbildungen zum Thema Sucht und Suchterkrankung (für im Sozialbereich tätige Personen), - Gesundheitstage für unser Klientel - flächendeckende Versorgung mit sterilem Injektionsmaterial (Spritzenautomaten) 		

Streetwork

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol Stadt Innsbruck	Verein für Obdachlose	-
Mitarbeiter/innen: 2	in Teilzeit: 2	Vollzeitäquivalente: 1,6
Standort: Innsbruck Kapuzinergasse 43		
<p>Auftrag</p> <p>Sozial benachteiligte Erwachsene, die von herkömmlichen Methoden der Sozialarbeit nicht oder nur mangelhaft erreicht werden und die „Straße“ als Lebensraum nutzen.</p> <p>Zielsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilsierung der Lebensumstände durch existenzsichernde Maßnahmen - Positive und nachhaltige Veränderung der Ausgangssituation Betroffener - Vertretung der Interessen von Gruppen und Szenen in der Öffentlichkeit 		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Betreuung: Hilfestellung in Problemsituationen - Begleitung: Unterstützung bei Behördengängen - Vermittlung: Aktivierung des Angebots anderer sozialer Einrichtungen und Systempartner - Besuche: „Kontakthalten“ und Beziehungspflege 		

Suchtkoordination

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Land Tirol	DSA Christof Gstrein
Mitarbeiter/innen: 2	in Teilzeit: 1	Vollzeitäquivalente: 1,5
Standort: Innsbruck Mutters		
<p>Auftrag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordination und Vernetzung der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen unter Einbeziehung der Prävention - Sachverständigentätigkeit im Suchtbereich, insbesondere bei Rehabilitationsverfahren - Umsetzung von fachlichen Erfordernissen nach dem Suchtmittelgesetz - Planung und Durchführung von Versorgungsprojekten im Suchtbereich - Verfassen von Stellungnahmen zu neuen Projekten und Gesetzesentwürfen - Überprüfung der Qualitätsstandards der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen - Teilnahme an verschiedenen Koordinationsgremien im Suchtbereich - fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit im Suchtbereich - Geschäftsstelle des Tiroler Suchtbeirates 		
<p>Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Umsetzung der im Tiroler Suchtkonzept vorgeschlagenen Maßnahmen</p>		

PsP Talentebörse

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol – Abt. Soziales	Psychosozialer Pflegedienst Tirol	Mag.a Brigitte Landegger
Mitarbeiter/innen: 3	in Teilzeit: 3	Vollzeitäquivalente: -
Standort: Innsbruck Anichstrasse 13, II.Stock		
<p style="text-align: center;">Auftrag</p> <p>Rehabilitationsangebot für Menschen mit Doppeldiagnosen - Psychische Erkrankung und Alkoholerkrankung: Angebot zur Überbrückung einer „Wartezeit“ - vor bzw. nach der Entwöhnungstherapie - für weitere Rehabilitationsmaßnahmen - zur Neuorientierung und während der Arbeitssuche</p>		
<p style="text-align: center;">Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <p>Tagesstrukturangebot für KlientInnen mit Bereitschaft zur Veränderung, zur aktiven Mitarbeit und zur gegenseitigen Hilfestellung. Inhaltliche Schwerpunkte: - soziales, kognitives, kreatives und körperzentriertes Angebot</p>		

Teestube

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol Stadt Innsbruck	Verein für Obdachlose	Rainer Lasser
Mitarbeiter/innen: 5	in Teilzeit: 5	Vollzeitäquivalente: 4
Standort: Innsbruck Kapuzinergasse 45		
<p style="text-align: center;">Auftrag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Betreuung von Obdachlosen und Personen sozialer Randgruppen - Tagesaufenthaltsraum und Begegnungsort - verschiedene Unterstützungsangebote zur Existenzsicherung - Betreuung und Weitervermittlung 		
<p style="text-align: center;">Aktuelle Arbeitsschwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> - kostenloses Frühstück, Getränke - Körperhygiene, Haarschneiden, - Gepäckaufbewahrung, Wäschewaschen und Freizeitangebote - menschliche Begegnungen und Gespräche 		

Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters



Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Univ-Klinik – LKH Innsbruck	Univ. Dr. OA Sergei Mechtcheriakow

Mitarbeiter/innen: 21 + PraktikantInnen in Teilzeit: 6 Vollzeitäquivalente: -

Standort: Mutters

Auftrag

Alkoholverwöhnung, Therapie von legalen Suchtmitteln Alkohol, Medikamente, Polytoxikomanie; im Vordergrund muss die Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit stehen.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Suchterkrankung
 Psychiatrische Erkrankungen mit Mitteln der Psychiatrischen Medizin
 Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
 Ergotherapie, Psychologie, Sozialberatung, Physiotherapie

Drogenberatung z6

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol BM für Gesundheit	Verein z6	Hermann Larcher

Mitarbeiter/innen: 2 in Teilzeit: 2 Vollzeitäquivalente: 1,25

Standort: Innsbruck | Dreieilgenstraße 9

Auftrag

Beratung und psychosoziale Begleitung von jugendlichen und jungen erwachsenen DrogenkonsumentInnen sowie deren Angehörigen

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

Zentrum für systemisch orientierte Beratung, Behandlung und Psychotherapie

Auftraggeber	Träger	Leitung
Land Tirol	Verein ZSB	Verein ZSB

Mitarbeiter/innen: 5

in Teilzeit: 5

Vollzeitäquivalente: 2

Standort: Innsbruck | Dreiheiligenstr. 27/III

Auftrag

Optimierung der Versorgung von Menschen nach erfolgtem Entzug sowie in auftretenden Krisensituationen. Das ambulante Nachsorgeprogramm am ZSB richtet sich speziell auch an Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abgeschlossen haben.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte

In der Arbeit werden Lebenskompetenz-Programme zu forcieren. Menschen brauchen persönliche Ressourcen, die das eigene Handeln für die Gesundheit unterstützen. Dem wird in der Arbeit Rechnung getragen, dass die Entwicklung von Selbstverantwortung fördert. Neben dem Erwerb von Lebenskompetenz ist es auch wichtig, einen kritischen Umgang mit vormals konsumierten psychoaktiven Substanzen zu lernen.

11.2. Sucht und Arbeit – Zahlen aus Deutschland von der 53. DHS Fachkonferenz Sucht „Sucht und Arbeit“, Düsseldorf/Essen/Hamm, 4. November 2013

- 1,3 Mio. Menschen im erwerbstätigen Alter von 18 bis 64 Jahren sind alkoholabhängig. Weitere 2 Mio. Menschen dieser Altersgruppe gehen missbräuchlich mit Alkohol um. (Quelle: Suchtsurvey 2006)
- Insgesamt 1,4 Mio. Menschen sind schätzungsweise medikamentenabhängig. (Quelle: Jahrbuch Sucht 2013)
- Von den 29,9 % der 18-jährigen und älteren Bevölkerung rauchen 23,5 % täglich. (Quelle: GEDA-Studie)
- Die DHS schätzt die Zahl der Pathologischen Spieler auf über 200.000 Personen und geht darüber hinaus zusätzlich von 300.000 Personen mit einem problematischen Spielverhalten aus.
- Die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums belaufen sich insgesamt auf 26,7 Mrd. Euro, und beim Tabakkonsum auf 33,55 Mrd. Euro. Die alkoholbedingte Arbeitsunfähigkeit bewertet die GKV mit über 1,5 Mrd. Euro. Die indirekten Kosten, wie Mortalitätsverluste bewerteter Arbeitszeit und bewerteter Nichtmarkt-tätigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und Produktionsausfälle durch Rehabilitation u. a. machen ca. 16,6 Mrd. Euro aus. (Quelle: Adams u. Effertz 2011, [Zahlen für 2007])
- Für alkoholbedingte Arbeitsunfälle mit Sachschäden im Betrieb kommt die gesetzliche Unfallversicherung nicht auf. Diese Schäden betragen allein über 1 Mrd. Euro.
- Alkoholranke fehlen zwei- bis viermal häufiger als die Gesamtbelegschaft. (Quelle: Petschler u. Fuchs, 2000)
- Bei jedem vierten bis fünften Arbeitsunfall ist Alkohol mit im Spiel. (Quelle: Leggat u. Smith 2009, WHO 2004)
- Leistungs-, Termin- und Zeitdruck belasten viele der 41,1 Mio. Erwerbstätigen. Jeder Zweite in Deutschland geht zur Arbeit, auch wenn er krank ist. (Quelle: BAuA, Arbeitswelt im Wandel, 2013)
- Die Arbeitsunfähigkeit insgesamt führte im Jahr 2011 zu einem Produktionsausfall von 46 Mrd. Euro bzw. zu einem Ausfall an Bruttowertschöpfung von 80 Mrd. (Quelle: BAuA, Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2011, 2013)

- Die Produktionsverluste durch Präsentismus sind doppelt so hoch wie die durch Absentismus. Präsentismus beschreibt die Bereitschaft der Arbeitnehmer, trotz Krankheit arbeiten zu wollen. Ursachen verminderter Produktivität sind dabei: verminderte Leistungsfähigkeit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, erhöhte Unfallgefahr, Gefahr der Verschleppung und Chronifizierung von Krankheiten.
(Quelle: Schultz und Edington, 2007)

Fissler und Krause (2010) bestätigen diese Ergebnisse. Danach sind Produktionsverluste gegenüber Absentismus im Verhältnis 65 zu 35 Prozent zu erwarten.

- Zahlen zu Kosten und Nutzen von Präventionsmaßnahmen zu Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz aus 300 Unternehmen in 15 Ländern erbrachten den „Return on Prevent“ (ROP): 1,00 Euro Investition pro beschäftigter Person und Jahr bringt 2,20 Euro potentiellen ökonomischen Erfolg. (Quelle: Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (IVSS), 2011)

11.3. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AMS	Arbeitsmarktservice
bzw.	beziehungsweise
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
ff	folgende Seiten, Paragraphen usw.
GGB	gemeinnützige Beschäftigungsbetriebe
GTM	Grounded Theory Method
I-Pension	Invaliditätspension
IT	Informationstechnologie
Mio.	Million(en)
NEETS	Not in Education, Employment or Training (nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung)
Nr.	Nummer
O-Ton	Originalton
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
REHA	Rehabilitation
SMG	Suchtmittelgesetz
SMS	Sozialministeriumservice
SÖB	Sozialökonomischer Betrieb
s.S.	siehe Seite
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
u. a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organization

12. Literaturhinweise

- Adams, M. & Effertz, T. (2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (S. 57–62). Stuttgart: Thieme.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Bachmann, M. & El-Akhras, A. (2009). *Lust auf Abstinenz. Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit*. Heidelberg: Springer.
- Bader, T. & Heise, C. (2000). Behandlungsangebote für Suchtkranke im Verbundsystem der Suchthilfe: Rehabilitative Aspekte. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 161–180). Stuttgart: Thieme.
- Bader, T., Bürkle, S., Gaßmann, R., Hüllinghorst, R., Kemper, U., Koch, A. et al. (2008). Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes. Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Bahemann, A., Koch, A., Zemlin, U. & Weissinger, V. (2012). Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. *Sucht*, 58 (3), 207–209.
- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.). (2011). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme.
- Blumenthal, W. & Schliehe, F. (Hrsg.). (2009). *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.* Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate, Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2002). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 45
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Bd. 12,). Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2013). *Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“*. Anton-Proksch-Institut. Wien
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843–861.
- Büscher, G. & Gerber, A. (2008). Gesundheitsökonomische Evaluationen als Ansatz zur Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen. In K. W. Lauterbach (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und evidence-based medicine. Eine systematische Einführung* (3. Aufl., S. 63–81). Stuttgart: Schattauer.

Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung. (2008). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008. Verfügbar unter http://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept_ambulante_reha_sucht_12_2008.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund & Gesetzliche Krankenversicherung. (2012). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012. Verfügbar unter http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000000/html/start/karten/aloq_kreis_jahr.html

Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Westfalen & Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. (2008). Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“. Ein gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten. Verfügbar unter <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/221904/publicationFile/7644/Betsi-Rahmenkonzept.pdf>

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2008). Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35358/publicationFile/2264/rahmenkonzept_nachsorge.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2009). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV-Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2010b). Positionspapier Rehabilitation 2010. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206988/publicationFile/2266/Positionspapier_Reha_2010.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2010c). Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: DRV-Bund.

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2010). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (6. Aufl.). Bern: Huber.

Eggerer, R. (2009). Strukturen und Prozesse in der beruflichen Rehabilitation. In W. Blumenthal & F. Schliehe (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. (S. 265–272). Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2011). Jahresbericht 2011. Stand der Drogenproblematik in Europa. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

fachverband drogen und rauschmittel e.V. (2006). Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen an der Schnittstelle von medizinischer Rehabilitation in einer Fachklinik und Eingliederungshilfe in Sozialtherapeutischen Wohnheimen. Fachbeitrag. Verfügbar unter http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/fachbeitrag_reha_knobloch.pdf

- Frietsch, R., Holbach, D. & Link, S. (2009). Bundes- und Landesmodellprojekt FAIRE. Fragen und Antworten zur Suchtproblematik im Rahmen der Arbeitsmarktintegration. Handlungsleitlinien des Schnittstellenmanagements. Koblenz: Institut für Weiterbildung und Angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit.
- Gesundheitsdienste Abteilung Sucht Basel-Stadt. (2009). Sucht 2009. Interdepartementales Führungsgremium Sucht IFS. Basel.
- Henkel, D. (2008a). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Kainz, B., Glattacker, M., Jäckel, W. H., Wenzel, D., Schröder, A. & Hoffmann, S. (2010). Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes "Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen" der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. im Rahmen des 23. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.v. am 15. Juni 2010. Verfügbar unter http://www.sucht.de/alt/kongress/pdf-dateien/2010/kainz_f1.pdf
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617–627.
- Konnopka, A. & König, H.-H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmaco Economics*, 25 (7), 605–618.
- Körkel, J. & Schindler, C. (Hrsg.). (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.
- Körkel, J. & Schindler, C. (Version 4.00). Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38). In A. Glöckner-Rist & F. Rist (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Bonn: Gesis.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115–124.
- Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus (2008): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden, VS-Verlag. S.27f
- Lindenmeyer, J. (2009). Abhängigkeitserkrankungen - Alkoholismus. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow & F. M. Radoschewski (Hrsg.), *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis* (S. 348–368). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Müller-Fahrnow, W. & Radoschewski, F. M. (2006). Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation. In W. Müller-Fahrnow (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse* (S. 37–46). Lengerich: Pabst.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. et al. (2003). *International guidelines for estimating the costs of substance abuse* (2. Aufl.). Genf: World Health Organization.

12 LITERATURHINWEISE

Sussman, S., Lisha, N. & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, 34 (1), 3–56.

Synthesis Forschung. (2009). Soziale Integration durch Arbeitsmarktintegration. Evaluierung der Beschäftigungsprojekte aus den Bereichen »Sozialhilfe« sowie »Sucht / Drogen«, Teil 2: Kosten-Nutzen-Analyse. Synthesis Forschung. Wien.

Tiroler Landesregierung - Abteilung Soziales. (2012). Tiroler Suchtkonzept 2012. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Innsbruck.

Uhl, A. (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht*, 52 (2), 121–132.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357–376.